

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und  
Gesundheitsökonomie  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Nutzung von Kampô in Japan**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Lydia Hottenbacher

aus Freystadt i.d.OPf

Gutachter/in:      1. Prof. Dr. med. C. Witt  
                             2. Prof. Dr. med. G. Dobos  
                             3. Prof. Dr. med. K. Kraft

Datum der Promotion: 18.11.2011

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	5
1.1	Begriffsdefinition „konventionelle Medizin“ .....	5
1.2	Begriffsdefinition „komplementäre und alternative Medizin“ .....	5
1.3	Einführung in Kampô .....	6
1.4	Geschichte von Kampô und der konventionellen Medizin in Japan .....	6
1.5	Prinzipien und Theorien von Kampô .....	11
1.6	Kampô-Diagnose ( <i>shô</i> 証) .....	13
1.7	Kampô-Therapie ( <i>hō</i> 方) .....	14
1.8	Komplementäre und alternative Heilmethoden in Japan .....	16
1.8.1	CAM in Japan .....	16
1.8.2	Kampô als CAM .....	17
1.8.3	Gründe für die Verordnung von Kampô .....	18
1.8.4	Zum Verständnis der japanischen Versorgungssituation .....	19
1.8.5	Kampô und evidenzbasierte Medizin (EBM) .....	19
2	Fragestellung .....	21
3	Methodik .....	23
3.1	Design .....	23
3.2	Entwicklung des Erhebungsinstrumentes .....	23
3.3	Auswahl der teilnehmenden Kliniken .....	25
3.4	Beschreibung der teilnehmenden Kliniken .....	26
3.5	Ein- und Ausschlusskriterien .....	26
3.6	Datenmanagement .....	27
3.7	Statistische Auswertung .....	27
4	Ergebnisse .....	29
4.1	Soziodemographie .....	29
4.1.1	Wohnorte .....	31
4.1.2	Assoziation soziodemographischer Faktoren mit der Kampô-Nutzung .....	33
4.2	Schwere Erkrankungen in den letzten fünf Jahren .....	34
4.3	Chronische und psychiatrische/psychische Erkrankungen .....	35
4.4	Grund der Vorstellung beim Arzt .....	37
4.5	Wahl der Behandlung .....	38
4.6	Wahl der Klinik .....	39
4.7	Ansichten über Gesundheit und Verhalten im alltäglichen Leben .....	39
4.8	Präventives Verhalten .....	42
4.9	Vorerfahrung mit Kampô .....	42
4.10	Wissen über die Hintergründe von Kampô .....	46
4.11	Ansichten über Kampô und die konventionelle Medizin .....	46
4.12	Assoziation von Einstellungen und Meinungen zur konventionellen Medizin und zu Kampô mit der Anwendung von Kampô .....	51
4.13	Präferenzen bei der Therapie .....	52
4.14	Gründe für die Nutzung von Kampô .....	53
4.15	Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Kampô .....	54
4.16	Rücklauftrate und Qualität der Daten .....	54
5	Diskussion .....	59
5.1	Zusammenfassung des Ergebnisses .....	59
5.2	Stärken und Limitationen des methodischen Vorgehens .....	60
5.2.1	Limitationen .....	60

5.2.1.1	Recall Bias.....	60
5.2.1.2	Selektion der Studienpopulation.....	60
5.2.1.3	Soziodemographische Aspekte.....	65
5.2.1.4	Fragebogen als Erhebungsinstrument.....	68
5.2.1.5	Befragungszeitraum.....	69
5.2.1.6	Fehlende Daten.....	70
5.2.2	Vorteile des Surveys.....	71
5.3	Einordnung und Bedeutung der Ergebnisse.....	72
5.3.1	Beschreibung des Patientenklientels.....	72
5.3.1.1	Spektrum der Erkrankungen.....	72
5.3.1.2	Hintergrundwissen.....	74
5.3.1.3	Spektrum der Anwendung.....	75
5.3.1.4	Beliebtheit einer Kombinationstherapie.....	75
5.3.1.5	Einsatz einer konventionellen Therapie.....	76
5.3.2	Inanspruchnahme von Kampô.....	76
5.3.2.1	Vorerfahrung mit Kampô.....	76
5.3.2.2	Aktuelle Nutzung von Kampô.....	77
5.3.2.3	Orte der Verordnung.....	78
5.3.2.4	Gründe für die Nutzung einer Kampô-/CAM-Therapie.....	78
5.3.2.5	Erwartungen an die Therapie.....	80
5.3.3	Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme.....	81
5.4	Schlussfolgerung.....	81
6	Zusammenfassung.....	83
7	Literaturverzeichnis.....	85
8	Anhang.....	91
8.1	Bemerkungen zur japanischen Umschrift.....	91
8.2	Beschreibung der Kliniken.....	92
8.2.1	Kampô/CM-Klinik.....	92
8.2.2	Integrative Klinik.....	94
8.2.3	Kampô-Klinik.....	95
8.2.4	Konventionelle Klinik.....	96
8.3	Meinungen der Patienten über Kampô.....	97
8.3.1	Kampô/CM-Klinik.....	97
8.3.2	Integrative Klinik.....	98
8.3.3	Kampô-Klinik.....	99
8.3.4	Konventionelle Klinik.....	100
8.4	Präferenzen bei der Therapie.....	102
	Abkürzungsverzeichnis.....	109
	Tabellenverzeichnis.....	110
	Abbildungsverzeichnis.....	110
	Danksagung.....	111
	Erklärung.....	113
	Curriculum Vitae.....	114
	Publikationsliste.....	116

# 1 Einleitung

## 1.1 Begriffsdefinition „konventionelle Medizin“

In Japan verwendet man den Begriff „westliche Medizin“ für das System der konventionellen Medizin. Dies leitet sich aus der Bezeichnung „Medizin aus dem Westen“ (*seiyô igaku* 西洋医学) her. In dieser Dissertation werde ich den Begriff „konventionelle Medizin“ benutzen. In der deutschsprachigen Literatur wird dafür auch oft der Begriff „Schulmedizin“ verwendet. Darunter versteht man die entsprechenden Denkweisen und Verfahren im Lehrgebäude der Humanmedizin, die an den Universitäten der hoch entwickelten westlichen Länder erforscht und verwendet werden (Willich, 2004).

## 1.2 Begriffsdefinition „komplementäre und alternative Medizin“

Zur Unterscheidung zur konventionellen Medizin wird die Bezeichnung „komplementäre und alternative Medizin“, abgekürzt CAM (englisch für: complementary and alternative medicine), gebraucht. Das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) in den USA definiert komplementär- und alternativmedizinische Therapien als Behandlungen, die zusätzlich („komplementär“) oder „alternativ“ zu einer konventionellen, etablierten Therapie durchgeführt werden. „CAM is a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered to be part of conventional medicine. While scientific evidence exists regarding some CAM therapies, for most there are key questions that are yet to be answered through well-designed scientific studies—questions such as whether these therapies are safe and whether they work for the purposes for which they are used.“ (NCCAM, 2010)

Der Begriff „Volksmedizin“ wird für traditionelle Heilmethoden verschiedener Ansätze verwendet. Diese können einerseits einen empirischem Hintergrund haben, andererseits auch Heilmethoden, denen übernatürliche und außerirdische Kräften zugesprochen werden, beinhalten, deren Verbreitung i.d.R. der offiziellen religiösen oder staatlichen Auffassung widerspricht (Brüggemann, 2007).

Zu CAM gehört die Chinesische Medizin. Hiermit wird die Heilkunde bezeichnet, die in China vor gut 3000 Jahren in Schriften begründet und in der Folgezeit weiterentwickelt worden ist. Vor etwa 2000 Jahren erreichte die Chinesische Medizin eine kohärente Form. Deren ursprüngliches Verbreitungsgebiet umfasst den gesamten ostasiatischen Raum, insbesondere auch Korea und Japan mit ihren eigenen Entwicklungen. Zur Therapie von

Erkrankungen werden Rezepturen von Kräutern u. a. Substanzen, Akupunktur, Moxibustion, Massage u. a. verwendet (Yu, 2006).

### 1.3 Einführung in Kampô

Kampô-Medizin (kurz Kampô genannt) ist ein traditionelles Heilverfahren in Japan, das auf chinesischen Quellen beruht. Das chinesische Heilwissen gelangte um ca. 500 n. Chr. nach Japan und wurde im Laufe der Jahrhunderte modifiziert. Unter anderem wurde zusätzlich zu der in der Chinesischen Medizin verwendeten Puls- und Zungendiagnose die Bauchdiagnose eingeführt.

Zur Therapie werden Heilpflanzen-Rezepturen verwendet, deren Inhaltsstoffe sich inzwischen in der Anzahl und Zusammensetzung von den in der Chinesischen Medizin verwendeten unterscheiden. Es werden vor allem pflanzliche und nur wenige tierische und mineralische Produkte verwendet (Eberhard, 2004).

Die Bezeichnung „Kampô-Medizin“ wurde erst im 18. Jh. eingeführt, als es darum ging, die einheimische gegen die aus dem Westen übernommene Medizin abzugrenzen (Otsuka, 1985). *Kan* (漢) mit Bezug auf die Han-Dynastie und *pô* (方) mit der Bedeutung für „Weg“ oder Methode“ bezog sich somit auf die „Methode aus dem Han-zeitlichen China“ (Reißenweber, 2002).

Die WHO vergab in ihrer Terminologie den Code 0.0.4 für Kampô und wertete Kampô als eigenständiges Medizinsystem (WHO, 2007).

### 1.4 Geschichte von Kampô und der konventionellen Medizin in Japan

Die medizinische Behandlung und Vorstellungswelt in Japan war bis zur Einführung der chinesischen Medizin durch instinktive Behandlungen, Zaubermagie und shintôistische Reinheitsrituale geprägt. Als Ursachen für Erkrankungen wurden göttliche oder dämonische Einflüsse gesehen, aber auch eine Reihe anderer Faktoren (z.B. Unachtsamkeit, Unzucht etc.). Krankheiten konnten daher durch Gebete, Opfer oder Zaubersprüche abgewehrt werden (Fujikawa, 1911).

In China wurden während der Han- Periode (202 v. Chr. – 220 n. Chr.) die drei Haupttexte der Chinesischen Medizin verfasst, das *Koteidaiki* (黃帝內經), das *Shinnohonzôkyô* (神農本草經) und das *Shôkanron* (傷寒論) (die verwendeten Namen der Texte sind die in Japan gebräuchlichen japanisierten Namen). Diese Texte sind bis heute eine wichtige Quelle für sowohl die Chinesische Medizin als auch die Kampô-Medizin (Ishibashi, 2005).

Durch buddhistische Priester gelangten im 5. Jh. n. Chr. nicht nur der Buddhismus, sondern auch das chinesische Heilwissen und die medizinischen Vorstellungen dieser Zeit von China über die koreanische Halbinsel nach Japan. Auch einzelne Ärzte ließen sich in Japan nieder. Im Jahre 414 n. Chr. suchte ein koreanischer Arzt Japan auf, um für den Kaiser zu arbeiten. Um 458 n. Chr. eröffnete ein zweiter koreanischer Arzt eine Praxis in Naniwa in Osaka, und alle seine Nachkommen wurden laut Überlieferung Ärzte (Fujikawa, 1911).

Unter Kaiser Kimmei (540 – 571 n. Chr.) schließlich wurden viele chinesische Ärzte, Wahrsager und Numerologen an den Hof gerufen. In den Jahren 561 – 562 brachte Chi Chung, ein Arzt aus Südchina, mehr als hundert Bücher über die medizinische Theorie nach Japan.

Es gab zunächst einige Widerstände aus dem Adel gegen die Einführung der buddhistisch geprägten Medizin dieser Zeit. Viele der Adelsfamilien fühlten sich von der neuen Lehre bedroht. Sie bildeten mit den Priestern des Shintô die Elite Japans. Die Shintôpriester waren für Reinigungsrituale und göttliche Heilung zuständig. Da sie sich jedoch nicht als Ärzte betrachteten und sich nicht unmittelbar mit den Kranken beschäftigten, scheinen die neu eingewanderten Ärzte eine große Zahl von Klienten angezogen zu haben. Zudem war über ein Viertel der Adelsfamilien waren aus China oder Korea eingewandert, und diese begrüßten das neue medizinische System (Lock, 1980a).

Ab 601 n. Chr., der Zeit der Sui-Dynastie in China, gewannen der Buddhismus und die dadurch geprägten medizinischen Vorstellungen in Japan zunehmend an Einfluss. Schließlich wurden verschiedene Vorschriften zum Medizinal- und Unterrichtswesen im sog. Taihō-Kodex von 702 n. Chr. als Ergebnis einer Verwaltungsreform im Jahre 701 erlassen. Die Ausbildung zum Arzt wurde danach entweder für Adlige in einer Hochschule oder für niedrigere Ränge in mehreren Provinzschulen durchgeführt. Die Ausbildungsfächer waren Arzneikunde (mit den Unterrichtsfächern Innere Medizin, Kinderheilkunde, Wund-, Tumor-Heilkunde und Ohren-, Augen-, Mund-, Zahnheilkunde) sowie Akupunktur, Massage, Beschwörung und Pharmakologie.

Wie alle anderen wissenschaftlichen Texte dieser Zeit waren die zum Studium der Medizin verwendeten Texte bis zum Ende des 10. Jh. chinesisch. Während der Heian-Periode (794 – 1192) wurden wichtige medizinische Werke in Japan kompiliert. Im *Nihonkoku-kenzaisho-mokuroku* (日本国見在書目録) von 898 n. Chr., einem Register über die bis dahin

existierenden Werke in Japan, wurde notiert, dass 166 Kopien von 1309 Bänden von chinesischen medizinischen Werken in Japan bestehen (Ishibashi, 2005). Um das Jahr 900 schließlich lag die chinesische Pharmakopöe sowohl übersetzt als auch teilweise an Japan angepasst (japanische Bezeichnungen für Arzneisubstanzen, Verweis auf deren Vorkommen in Japan, usw.) vor. Ein kompletter medizinischer Text auf Japanisch, das sogenannte *Ishinpō* (医心方) von Yasuyori Tanba, stammt aus dem Jahr 984 n. Chr.. Er liefert in seinen 30 Kapiteln einen umfassenden Überblick über die gesammelten Heilkundeprinzipien jener Zeit und stellt somit die erste Gesamtübersicht über das damalige medizinische Wissen dar (Otsuka, 1976).

Die Einführung der chinesischen Medizin bedeutete jedoch auch, dass die Beschaffung von Bestandteilen der Arzneimittel äußerst schwierig wurde, da vieles aus China oder aus anderen entfernten Ländern importiert werden musste. Ärzte in den großen Städten hatten eher Zugang zu diesen Materialien. Ärzte auf dem Land mussten Mischungen aus den in der Volksmedizin verwendeten Materialien und den ihnen zugänglichen chinesischen Rohstoffen herstellen.

In der Kamakura-Periode (1192 – 1333 n. Chr.) versuchte man zunehmend, sich unabhängig vom chinesischen Einfluss zu machen. Zwar wurde durch buddhistische Zen-Mönche weiterhin der Austausch mit China gepflegt und Bücher importiert. Diese wurden zu jener Zeit jedoch offen diskutiert und kritisiert. Während der Muromachi-Periode (1336 – 1568 n. Chr.) wurden schließlich Mönchs-Ärzte in verschiedenen buddhistischen Institutionen und Sekten immer einflussreicher. Die meisten anderen Ärzte (aus der Adelsklasse) waren damals in Diensten von Feudalherrschern. Mit deren schwindendem Einfluss verloren auch die Ärzte ihren Status. Sie mussten umherziehen oder ihre eigenen unabhängigen Praxen eröffnen. Medizinische Behandlung wurde aus diesem Grund auch für breitere Volksschichten zugänglich. Die klassische Theorie wurde zunehmend vernachlässigt, dafür sehr pragmatische und vereinfachte Theorien entwickelt, die mündlich weitergegeben wurden. In dieser Zeit wurde die Pharmakopöe erweitert und enthielt nun auch Medizin aus indisch-iranischer Tradition.

Im Lauf der Jahrhunderte haben sich in Japan verschiedene Medizin-Schulen entwickelt, die sich teilweise stark durch die Art der Therapie bzw. durch den philosophischen Hintergrund unterschieden. Insbesondere gab es verschiedene Auffassungen zur Bedeutung von Yin und

Yang, den fünf Elementen und der Entstehung von Krankheiten. Die Lehre dieser Schulen hat bis heute noch Einfluss, daher sollen die wichtigsten Schulen und wichtige Personen der Kampô-Medizin kurz skizziert werden.

Tashiro Sanki (1465 – 1537) besuchte China für etwa 12 Jahre (1486 – 1498) zum Studium der chinesischen Medizin. Bei seiner Rückkehr gründete er eine wichtige Richtung der Kampô-Medizin, die *goseiha* (後世派). Zusammen mit seinem Schüler Manase Dosan (1507 – 1594) führte er eine vereinfachte Form der Lehre ein (Otsuka, 1976). Manase gründete eine in der Folge sehr einflussreiche private Schule, an der er Medizin und Konfuzianismus lehrte. Durch die große Anzahl von Schülern, die er dort ausbildete, wurden die Ideen der *goseiha* verbreitet. Die einzelnen Kräuter-Rezepturen wurden verfeinert und bis zu zwanzig verschiedene Inhaltsstoffe verwendet. Manase Dosan sah es als Hauptaufgabe, den ganzen Menschen und alle Symptome zu behandeln, egal ob große oder kleine Symptome. Das Ziel sollte sein, die Widerstandskraft des Patienten aufzubauen und ihm Zeit zu geben, sich langsam und ohne Schock auf den ganzen Körper zu erholen.

Nagoya Gen'i (1628 – 1696) und Gotô Gonzan (1659 – 1733) etablierten ca. 100 Jahre später eine neue Richtung der Kampô-Medizin, die *kohôha*-Schule. Sie besannen sich zurück auf die Originalpublikationen der Han-Dynastie zurück. Zum Standardwerk wurde das Werk „Shang Han Lun“ (ca. 200 n. Chr., im Japanischen *Shôkanron* 傷寒論) von Zhang Zhongjing (142 – 220), eine Abhandlung über Fieber (Otsuka, 1985). Die Haupttheorie im *Shôkanron* besagt, dass jedes Fieber sechs Stadien durchläuft und jedes Stadium seine charakteristischen Symptome hat. Für die Therapie sind 113 Rezepturen und ihre Anwendung beschrieben, die meisten davon sind noch heute in Gebrauch. Die Theorie des *Shôkanron* wurde von den Begründern der *kohôha* verallgemeinert und auf alle möglichen Erkrankungen ausgeweitet. Die Therapie sollte an die verschiedenen Stadien angepasst werden.

Eine andere wichtige Person der *kohôha*-Schule ist Yoshimasu Tôdô (1720-1773). Seine berühmteste Theorie ist *manbyô-ichidoku-ron*: alle Krankheiten produzieren unabhängig vom Ursprung der Erkrankung ein Gift (Fujikawa, 1911). Um dieses Gift zu lokalisieren, führte Yoshimasu die hochkomplexe systematische Bauchuntersuchung (*fukushin*) ein. Hauptziel der Therapie ist es, das Gift zu eliminieren; dafür werden auch Laxantien, Emetika und schweißtreibende Mittel eingesetzt. Die in der *kohôha*-Schule verordneten medizinischen Rezepturen sind stärker im Effekt als die der *goseiha* und sind limitiert auf maximal fünf Heilpflanzen. Sehr entschieden wandte sich Yoshimasu gegen alle spekulative Theorie und auch gegen das Yin-Yang-System und die Theorie der fünf Elemente (Otsuka, 1985). Die

grundsätzlichen Ideen Yoshimasus und sein pragmatischer Ansatz haben bis heute die Kampô-Therapie stark beeinflusst (Otsuka, 1988).

Außenpolitisch kam es 1641 bis zur Meiji-Reform 1868 zur Abschottung Japans gegen alle westlichen Einflüsse. Zuvor waren in der Azuchi-Moroyama-Periode (1569 – 1600 n. Chr.) durch die Portugiesen die europäischen medizinischen Vorstellungen und Kenntnisse eingeführt worden. Diese Kenntnisse blieben zunächst ohne größere Wirkung. Nach der Abschottung Japans durften einzig Holländer auf einer künstlichen Insel im Hafen von Nagasaki verbleiben. Diese trieben weiterhin Handel mit Japan und vermittelten die wissenschaftlichen Erkenntnisse jener Zeit.

In der Edo-Epoche (1600 – 1867 n. Chr.) eröffneten viele private traditionelle medizinische Schulen. Sie wählten die besten Studenten aus der Klasse der Samurai aus, für die der Besuch einer dieser Schulen der soziale Aufstieg aus niederen Samurai-Rängen bedeuten konnte. Die Schulen dienten gleichzeitig als Praxen, in die Samurai als Patienten zur Behandlung kamen. Um die Chinesische von der westlichen Medizin abzugrenzen, wurde in diesem Zeitraum der Name „Kampô“ eingeführt. Viele Ärzte dieser Zeit interessierten sich zunehmend für die wissenschaftlichen Erkenntnisse, vor allem im Bereich der Anatomie, die zunächst durch die Portugiesen und während der Zeit der japanischen Abschottung durch holländische Seeleute und Ärzte vermittelt wurden. Im Laufe der Zeit waren die meisten Ärzte mit der Wundchirurgie und ihren Erfolgen vertraut. Im Bereich der internen Medizin wurde jedoch weiterhin Kampô verordnet. Mit der Einführung der Pockenimpfung 1824, in der sich im Gegensatz zur Therapie mit Kampô unmittelbare Effekte zeigten, änderte sich dies (Rosner, 1989).

Nach der Öffnung Japans 1868 entschied die damalige Regierung, das deutsche Medizinsystem einzuführen. Trotzdem gab es fünf Jahre später noch 23 000 Kampô-Ärzte und nur 520 nach dem westlichen System ausgebildete Ärzte. Daher beschloss die Regierung 1876, dass alle Ärzte westliche Medizin studieren müssen. Kampô wurde zunächst nicht verboten, jedoch die Ausübung sieben Jahre später (1883) stark beschränkt. Die Kampô-Ärzte legten 1885 dagegen Berufung ein, waren aber nicht erfolgreich. In dieser Zeit wurden auch die Erfolge der westlichen Medizin wie zum Beispiel bei Impfungen und der Chirurgie (Behandlung der Kriegsverletzungen im Russisch-Japanischen Krieg 1904) sichtbar, so dass Kampô immer weniger praktiziert wurde. Schließlich war der Anteil an Kampô-Ärzten

verschwindend gering (Sakai, 1982). Diese gaben jedoch nicht ganz auf. Im Jahre 1910 veröffentlichte Wada Keijuro „*Ikai no tetsui*“ (The Iron Hammer of the Medical World). Das Buch sollte die Überlegenheit von Kampô gegenüber der westlichen Medizin demonstrieren. Nakayama Tadanao schrieb 1927 „*Kampô igaku no shinkenkyû*“ (New Study of Kampô Medicine). Zudem führte die Takushoku Universität in Tokio 1937 einen Kurs für Kampô-Medizin ein (Oberländer, 1995).

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wuchs das Interesse an Kampô. Skandale wie der Fall um Contergan® ließen die Nebenwirkungen der konventionellen Medizin sichtbar werden. Im Jahr 1950 erfolgte die Gründung der Fachgesellschaft JSOM (Japanese Society of Oriental Medicine). Weiterhin eröffnete 1973 am Kitasato Research Institute (gegründet 1914) ein neuer Zweig zur Erforschung von Kampô-Medikamenten.

Schließlich wurden 1976 Kampô-Medikamente Kassenleistung. Heute werden ca. 90% der Kosten von den Krankenkassen übernommen. In den letzten Jahren wurde Kampô zunehmend beliebter. In den Jahren 1999 bis 2005 wurde ein Anstieg in der Nachfrage von Kampô von 55% auf 73% verzeichnet (Fujiwara, 2009). An den Universitäten wurden ungefähr Ende 1970 die ersten Lehrstühle für Kampô-Medizin eingerichtet, inzwischen haben 95% der japanischen Hochschulen für Medizin Kampô in ihr Curriculum integriert (Tsuruoka, 2005). Als Zeichen für den „Boom“ (Yamauchi, 1996) der letzten Jahre stieg auch die Anzahl der Ambulanzen an Universitätskliniken, die sich auf Kampô spezialisieren (Konaka, 2008). Die Ausgaben für Kampô betragen im Jahre 2006 ca. 95 200 000 000 Yen, dies entspricht ca. 750 000 000 Euro mit steigender Tendenz (Plotnikoff, 2008).

## **1.5 Prinzipien und Theorien von Kampô**

Im Folgenden soll eine Darstellung der theoretischen Grundlagen der Diagnostik und Therapie in der Kampô-Medizin erfolgen. Wie weiter unten noch beschrieben, wird Kampô nicht mehr von allen Anwendern in dieser Weise praktiziert. Vielmehr erfolgte im Laufe der historischen Entwicklung eine Einordnung bzw. Unterordnung in das konventionelle Medizinsystem (Reißenweber, 2002).

Im Vergleich zur Chinesischen Medizin wird die praktische Untersuchung betont. Der Kampô zugrunde liegende theoretische Hintergrund ist im Gegensatz dazu stark vereinfacht. Die Vorstellung von Yin und Yang und die Theorie der fünf Elemente wurden zunächst aus China übernommen. In den verschiedenen japanischen Medizin-Schulen, die sich im Laufe der Jahrhunderte bildeten, wurden diese Vorstellungen diskutiert, modifiziert und teilweise

verworfen. Auch die verschiedenen Faktoren für die Krankheitsentstehung wurden diskutiert. Ein wichtiger Begriff in diesem Zusammenhang ist *ki*. Das *ki* (氣) ist ein klassischer philosophischer Begriff der chinesischen Medizin und kann mit Geist oder Seele, aber auch mit Stimmung, Geruch, Geschmack, Gefühl, Wille usw. übersetzt werden (Otsuka, 1976). Die Vielzahl der Übersetzungsmöglichkeiten lässt die Schwierigkeit erahnen, diesen Begriff adäquat ins Deutsche zu übertragen. Die ungefähre Bedeutung des japanischen Ausdrucks, dass „Krankheiten aus dem *ki* entstehen“, kann man in etwa so übertragen, dass physische Beschwerden aus bestimmten psychischen Faktoren wie etwa Sorgen oder anderen negativen psychischen Einflüssen resultieren (Ohnuki-Tierney, 1984). Weiterhin gibt es noch andere Faktoren wie Blut *ketsu* (血) oder Wasser *sui* (水), deren Unausgeglichenheit zu Krankheiten führen kann (Satoh, 2008).

Als weiteres zugrundeliegendes Konzept ist bei Kampô die Verschmelzung von Diagnose und Therapie wesentlich. Im Vergleich zur konventionellen Medizin wird dies besonders deutlich. In dieser ist zunächst die Identifizierung und Benennung einer Krankheit wichtig, als zweiter Schritt erfolgt ggf., so vorhanden, eine Therapie. Dies ist vor allem bei Infektionen möglich. Bei einer Blasenentzündung beispielsweise bietet der Patient bestimmte Symptome wie z.B. Schmerzen beim Wasserlassen und Unterbauschmerzen. Durch Anamnese, Untersuchung und Urinanalyse kann die Diagnose Zystitis gestellt werden. Es erfolgt dann eine Therapie mit einem Antibiotikum. Bei anderen Erkrankungen, für die man evtl. eine Diagnose stellen, aber dem Patienten (noch) keine effektive Therapie anbieten kann, ist dies schwieriger (Eberhard, 1986).

In der Kampô-Medizin hingegen impliziert eine Kampô- Diagnose (genannt *shô*) direkt eine Therapie (genannt *hō*). Dazu nimmt ein Kampô-Arzt alle Symptome wahr, die der Patient berichtet. Nach der körperlichen Untersuchung erfolgt die Diagnosestellung. Das *shô* „bezeichnet nicht Symptome im üblichen Sinne wie Bauchschmerzen, Ödem u. a., sondern den nach der chinesisch-medizinischen Diagnostik eingeordneten Krankheitszustand, der durch die Zusammensetzung mehrerer Symptome entschieden werden soll“ (Otsuka, 1976).

Alle Symptome eines Patienten in einem bestimmten Moment ergeben also die Diagnose *shô*. An dieser Diagnose ausgerichtet wird eine Therapie erstellt. Dieselben Erkrankungen im Diagnosesystem der konventionellen Medizin können verschiedene *shô* haben, ebenso können verschiedene Erkrankungen das gleiche *shô* haben (Watanabe, 2004).

Eine typische Diagnose im Sinne der Kampô-Medizin wäre zum Beispiel die Milz-Yang-Leere (*hiyôkyo* 脾陽虛) bei Völlegefühl, epigastrischen Beschwerden, Appetitlosigkeit und Kältegefühl. Aufgrund dieser Diagnose erfolgt zwangsläufig die Therapie mittels der Kampô-Rezeptur *ninjin ka bushitô* (Ginseng-Aconitum-Dekokt 人参加附子湯), die erfahrungsgemäß bei dieser Diagnose Wirkung zeigt und sämtlichen Symptomen entgegenwirkt (Eberhard, 1986).

## 1.6 Kampô-Diagnose (*shô* 証)

Wie wird nun in der Kampô-Medizin eine Diagnose erstellt? Zunächst werden vier diagnostische Methoden angewandt. Die Befragung, die Betrachtung (einschließlich Zungendiagnose), das Hören/Riechen und das Betasten mit Puls- und Bauchdiagnose (Otsuka, 1976).

Bei der *Befragung* werden die aktuelle Anamnese und alle Symptome des Patienten eruiert. Oft berichten japanische Patienten sehr detailliert von ihren Erkrankungen und Beschwerden, ihrem Konstitutionstyp und der aktuellen körperlichen Verfassung. In der weiteren Anamnese werden detailliert Hitze- und Kälteempfindungen, Schweißproduktion und etwaige Schmerzen in der Kopf- und Nackenregion erfragt. Weiterhin geben Auskünfte über Durst und Vorliebe für bestimmte Getränke, Appetit, Mundgeschmack, Stuhlnregelmäßigkeiten, Urin (Beschaffenheit und Entleerungsgewohnheiten), Hör- und Sehvermögen sowie Schlafgewohnheiten, Schlafstörungen und Menstruationsstörungen wichtige diagnostische Hinweise (Terasawa, 2005).

Bei der *Betrachtung* richtet der Arzt sein besonderes Augenmerk auf den Konstitutionstypus des Patienten, die Gesichtsfarbe, den Hautstatus, Wassereinlagerungen etc. und nimmt danach die Zunge in Augenschein. Hier wird nicht nur die Farbe, sondern auch die Konsistenz und Farbe des Zungenbelags, Zahnabdrücke am Zungenrand sowie der Füllungszustand der Zungenrundvenen notiert.

Beim *Hören* bzw. *Riechen* sind Stimme, evtl. vorhandener Husten, Darmgeräusche, Plätschern in der Bauchhöhle, Körpergeruch, Stuhl- und Uringeruch zu beurteilen (Otsuka, 1976).

Schließlich erfolgt eine *Betastung* mit Pulsdiagnostik und Bauchdiagnostik. Während der Tastuntersuchung des Pulses wird auf die Kräftigkeit des Pulses, die Frequenz und die Tiefe geachtet. Dann wird das Abdomen sorgfältig palpirt. Die Beurteilungskriterien beinhalten dabei die Bauchform, die Bauchdeckenspannung, den Ernährungszustand und die Dicke der

Bauchwand. Der Untersucher achtet ebenso auf Aortenpulsationen, Druckschmerzen, Darmgasbildung, Darmgeräusche/Peristaltik und Fluktuationsgeräusche (insbesondere Plätschergeräusch beim Beklopfen der Magengrube). Weiterhin sind der Feuchtigkeitsgehalt der Bauchhaut sowie Temperaturunterschiede wichtige Hinweise zu einer Diagnose (Eberhard, 2003).

Zur Unterscheidung des Spannungszustandes wird eine fünfstufige Einteilung verwendet. Eine Bauchdeckenspannung von 1/5 heißt z.B., dass der Patient eine schlaaffe Bauchdecke aufweist und kein Tonus besteht, bei 5/5 besteht eine hochgradige Bauchdeckenspannung und beim Adipösen eine hypertone Muskulatur (Terasawa, 1994).

Aus allen Einzelbefunden der Befragung, der Betrachtung, des Hörens bzw. Riechens und des Betastens wird die Kampô- Diagnose „*shô*“ bestimmt und die Therapie „*hō*“ abgeleitet.

## 1.7 Kampô-Therapie (*hō* 方)

Die Kampô-Therapie unterscheidet acht therapeutische Verfahren (Eberhard, 1986). Diese bestehen aus Anregung der Schweißproduktion, Abführen, Harmonisieren des Energieflusses, Erwärmung, Kühlung, Tonifizierung bzw. Zuführen von Energie, Zerstreuung bzw. Auflösung von Stauungen, Auswerfen bzw. Auslösen von Erbrechen. Man unterscheidet zwischen inneren und äußeren Verfahren. Arzneipflanzen sind Mittel für innere Verfahren, da sie oral angewendet und damit in den Organismus aufgenommen werden. Es existieren 210 offizielle Rezepturen, für die ca. 350 verschiedene Heilpflanzen verwendet werden. Die Inhaltsstoffe sind pflanzlichen, mineralischen und selten tierischen Ursprungs. Sie werden ausschließlich in Form von Mischungen von zwei bis fünfzehn – in Einzelfällen bis über zwanzig – Einzeldrogen als Arznei verabreicht.

Kampô-Medikamente sind in der Regel drei- bis viermal täglich einzunehmen. Die traditionelle Darreichungsform sind Dekokte. Unter Hinzufügen von Honig bzw. Reisstärke erhält man geformte Pillen (sie erhalten dann das Suffix „-*gan*“) oder Pulver (Suffix „-*san*“). Die Art der Kräuterbestandteile und die Dosierung werden durch eine vom Arzt ausgestellte Verordnung festgelegt. In einer speziell dafür ausgerüsteten Apotheke werden die einzelnen Inhaltsstoffe abgewogen, gemischt und in dafür vorgesehene Teebeutel verpackt. Die Herstellung eines Dekokts erfolgt, indem man einen dieser Teebeutel mit ca. 600 - 700 ml Wasser ca. 30 min kocht und die Flüssigkeit durch weiteres Kochen auf die Hälfte reduziert (Eberhard, 2003).

Eine verbreitete Rezeptur ist beispielsweise *kakkontô*, das u. a. gegen Erkältungen im frühen Anfangsstadium verschrieben wird (siehe Tabelle 1, S. 15).

**Tabelle 1: Rezeptur von *kakkontô* nach Eberhard, 2003**

<b>Dosierung</b>	<b>International gebräuchlicher Name der Arzneipflanze und Angabe des Pflanzenteils</b>	<b>Botanischer Name</b>	<b>Deutscher Name</b>
<b>8,0 g</b>	Radix Puerariae	Pueraria lobata O.	Kopoubohne
<b>4,0 g</b>	Fructus Jujubae	Ziziphus jujuba M. var. Inermis R.	Chinesische Dattel
<b>4,0 g</b>	Herba Ephedrae	Ephedra sinica St., Ephedra intermedia Sch., Ephedra equisetina B.	Meerträubel
<b>2,0 g</b>	Radix Glycyrrhizae	Glycyrrhia uralensis Fischer	Süßholzwurzel
<b>3,0 g</b>	Cortex Cinnamomi	Cinnamomum Cassia B.	Zimtbaum
<b>3,0 g</b>	Radix Paeoniae	Paeonia lactiflora P.	Weißer Pfingstrose
<b>0,5 g</b>	Rhizoma Zingiberis vir.	Zingiber officinale R.	Ingwer

Die einzelnen Rezepturen stellen sog. „harmonische Einheiten“ dar und werden für einen großen Indikationsbereich eingesetzt. In der Literatur sind auch Modifikationen beschrieben. O.g. Rezeptur kann mit Flores Magnoliae (Magnolienblüten) und Rhizoma Cnidii (Liebstöckel-Wurzelstock) ergänzt werden und wird dann in dieser Kombination z.B. bei einer Sinusitis angewendet (Eberhard, 2003).

Die traditionellen Zubereitungsformen werden jedoch in Japan kaum noch angewendet. Internen Daten der im Bereich der Kampô-Medikamente umsatzstärksten Firma Tsumura zufolge verwenden nur insgesamt 300 Kliniken (0,3%) in Japan Dekokte (Kobayashi, 2010).

Die inzwischen übliche Darreichungsform von Kampô-Medikamenten sind vorpräparierte Granulate. Diese werden häufig in Kombination zur konventionellen Therapie eingenommen (Ikarashi, 2009). Sie sind wegen des Anwendungskomforts sehr beliebt, da sie nur in heißem Wasser aufgelöst werden müssen. Anstelle von Granulaten sind mittlerweile auch Tabletten oder Kapseln erhältlich. Ihr Vorteil ist der neutrale Geruch und Geschmack. Denn manche Japaner empfinden den Geschmack und den Geruch der anderen Präparierformen als so unerträglich, dass sie eine Therapie abbrechen (Matsuoka, 1995).

Durch die Einführung von Granulaten wurden auch Qualitätskontrollen möglich, da standardisierte Präparate ohne Schwankungen der Dosierung oder Zusammensetzung vorliegen, deren Reinheit und Toxizität überwacht werden kann (Watanabe, 2010).

## 1.8 Komplementäre und alternative Heilmethoden in Japan

### 1.8.1 CAM in Japan

Da Kampô zu den komplementären und alternativen Heilmethoden (CAM) zählt, soll zunächst ein Überblick über die in Japan praktizierten CAM-Modalitäten gegeben werden (s. Tabelle 2). Nach der Klassifikation des US-amerikanischen National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) wird CAM in verschiedene Formen eingeteilt.

**Tabelle 2: Komplementärmedizinische Behandlung in Japan (nach Suzuki, 2004a)**

Klassifikation des NCCAM	In Japan praktizierte CAM-Therapien
1. Whole medical systems	Kampô, Ayurveda, Homöopathie, Akupunktur etc.
2. Mind-body interventions	Meditation, Gebet, Geistheilung, Kunst-, Tanz-, Musiktherapie etc.
3. Biologically based therapies	Diät, Kräuter, Vitamine, diätetische Nahrungsergänzungsmittel, Aromatherapie etc.
4. Manipulative and body-based methods	Chiropraxis, Osteopathie, Massage etc.
5. Energy therapies	Qigong, Therapeutische Berührung, Bioelektromagnetisch-basierte Therapien: Elektromagnetische Felder

Viele der aufgelisteten komplementärmedizinischen Therapien werden von Ärzten praktiziert. Akupunktur und Moxibustion werden zum überwiegenden Teil von ausgebildeten Akupunkteuren (drei Jahre Ausbildung an Akupunktur-Schulen mit einem Staatsexamen als Abschluss) durchgeführt. Ärzte können dagegen ohne jegliche weitere Ausbildung akupunktieren (Suzuki, 2004b).

Die Rate der Ärzte, die CAM-Modalitäten praktizieren, steigt in Japan zunehmend. In den Jahren 1999 waren es beispielsweise 73%, im Jahre 2005 schon 80% der Ärzte in der Region Kyôto. Davon verwendeten 78% Kampô und 8% Akupunktur und Moxibustion (Fujiwara, 2009). Im Vergleich dazu gab es in Deutschland im Jahr 2000 rund 35 000 Ärzte (das entspricht mehr als zehn Prozent aller Ärzte) mit Zusatzbezeichnungen in komplementärmedizinischen Bereichen, vor allem in Chirotherapie, Naturheilverfahren und Homöopathie. Weiterhin verwenden mehr als 50% der niedergelassenen Ärzte komplementärmedizinische

Methoden in der Therapie von bösartigen Erkrankungen, überwiegend aufgrund der Nachfrage von Patienten (Marstedt, 2002).

Die steigende Nachfrage nach CAM stellt einen internationalen Trend dar, in den sich Japan einreihet. Untersuchungen zur Nutzung von CAM in der Allgemeinbevölkerung ergaben in den USA 42% (Eisenberg, 1998) und in Großbritannien 20% CAM-Nutzer (Ernst, 2000a). In Japan ergab ein nationaler repräsentativer Telefon-Survey, in dem 1000 Japaner zur Anwendung von CAM befragt wurden, dass sogar 76% der Allgemeinbevölkerung CAM verwenden. Im Vordergrund der Inanspruchnahme stehen in Japan diätetische Nahrungsergänzungsmittel (43%) und sog. isotonische oder Energiegetränke (43%), gefolgt von Massage (15%) und Kampô (27%, davon 17% OTC-Kampô (over-the-counter-Kampô; Erklärung S. 18), 10% verschreibungspflichtige Kampô-Präparate). Trotz der großen Popularität von CAM in Japan darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass dennoch eine überwältigende Dominanz der konventionellen Medizin besteht. CAM wird in Japan benutzt, wenn die Erkrankung nach Meinung der Patienten selbst nicht ernst genug ist. Die Benutzer erwarten zumeist eine Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten (Yamashita, 2002).

### **1.8.2 Kampô als CAM**

Kampô ist nach den vorliegenden Untersuchungen das häufigste verschreibungspflichtige CAM-Verfahren (Watanabe, 2001). Es darf nur durch Ärzte praktiziert und verordnet werden, die ein reguläres Medizinstudium durchlaufen haben und approbiert sind. Für die Anwendung der Kampô-Medizin gibt es jedoch keine systematische Ausbildung (Watanabe, 2004). Ein Arzt, der Kampô verwenden möchte, kann sich z.B. ein Lehrbuch kaufen und danach praktizieren oder sich bei einem Lehrer ausbilden lassen, wie durch die Fachgesellschaft JSOM (Japanese Society of Oriental Medicine) empfohlen (Ishibashi, 2005). Es gibt in Japan keine strenge Unterscheidung zwischen Ärzten, die konventionelle Medizin praktizieren und Ärzten, die CAM anbieten. Jeder Arzt, der approbiert ist, kann sowohl innere Medizin als auch Kampô oder andere CAM-Modalitäten praktizieren.

Genauere Daten zur Verordnungshäufigkeit von Kampô in Gesamt-Japan sind schwer zu erhalten. Nach internen Informationen der umsatzstärksten Firma Tsumura verordnen ca. 90% der Krankenhäuser und ca. 66% der niedergelassenen Ärzte Kampô-Präparate (Persönliche Mitteilung Kobayashi, 2010).

Die Verordnung selbst erfolgt zumeist nicht mehr nach dem ursprünglichen Diagnose-Therapie-Konzept der Kampô-Medizin, sondern indikationsbezogen nach konventionellen ICD-10-Diagnosen und korrelieren somit nicht mit Kampô-*shô*-Diagnosen. Eine Kampô-Therapie wird dann zumeist als Ko-Medikation zur konventionellen Therapie verordnet (Teramoto, 2000).

Des Weiteren ist in Japan der Verkauf von rezeptfrei erhältlichen Medikamenten bzw. frei verkäuflichen Nahrungszusätzen, in denen Kampô-Inhaltsstoffe enthalten sind, weit verbreitet. Diese sind jedoch nicht Bestandteil der klassischen Kampô-Medizin, sondern eher Teil der Volksmedizin. Dies wird auch als „over-the-counter-Kampô“ (OTC-Kampô) bezeichnet. In diesem Fall lassen sich Patienten von Apothekern beraten.

### 1.8.3 Gründe für die Verordnung von Kampô

Die Gründe für die seit dem Zweiten Weltkrieg zunehmende Verordnung von Kampô sind vielfältig. Erstens geriet die konventionelle Medizin wegen ihrer Nebenwirkungen zunehmend in die Kritik. Zudem wurde die Anwendung von Kampô durch die vorpräparierten Granulate wesentlich komfortabler als durch Dekokte und deren Herstellung (Watanabe, 2010).

Aus ärztlicher Sicht war sicherlich auch die zusätzliche Verdienstmöglichkeit ein Anreiz. Bis zum Jahre 2001 gab es ein Dispensierrecht für japanische Ärzte. Im Gegensatz zu deutschen Ärzten durften diese Medikamente selbst verordnen und vertreiben (Arai, 1998). Diese Kombination von Verschreibung und Arzneimitteldispensation trägt im Japanischen die Bezeichnung *iyaku bungyô* (医薬分業). Während in Deutschland bereits 1241 durch Kaiser Friedrich II. die Arbeitsteilung von Arzt und Apotheker geregelt wurde, hat in Japan erst die amerikanische Besatzungsmacht im Jahre 1951 offiziell die Trennung von Verordnung und Dispensation von Pharmaka eingeführt. Jedoch kam es auf Betreiben des mächtigen Ärzteverbands schon 1956 zu einer Ausnahmeregelung, die faktisch ein uneingeschränktes Dispensierrecht bedeutete (Kondo, 2005). Infolgedessen werden Apotheker in Japan kaum als medizinisches Fachpersonal wahrgenommen (Watanabe, 2005).

Aus traditionellen Gründen werden japanische Ärzte für die ärztliche Dienstleistung an sich nicht besonders hoch entlohnt (nach konfuzianischer Ethik handeln Ärzte aus Mildtätigkeit). Daher bestand bis vor kurzem die einzige Möglichkeit zu zusätzlichen Einnahmen darin,

Medikamente selbst zu vertreiben. Die Differenz, die durch den mit dem Großhändler ausgehandelten Rabatt und den durch die Krankenkassen erstatteten Einzelhandelspreis zustande kam, stellte einen wichtigen Teil des ärztlichen Einkommens dar. Dies galt natürlich nicht nur für Kampô-Medikamente. Durch den finanziellen Anreiz, der durch das Dispensierrecht geschaffen worden war, ergab sich zwangsläufig ein relativ großer prozentualer Anteil von Arzneimittelkosten am nationalen Gesundheitsbudget (Iglehart, 1988).

Seit dem Jahre 2001 gibt es zur Begrenzung der Arzneimittelkosten in Japan erneut ein *iyaku bungyô*. Dadurch wurde den Ärzten die zusätzliche Einkommensgrundlage entzogen. Jedoch ist nach Ansicht der niedergelassenen Ärzte inzwischen der Konkurrenzdruck so hoch, dass sie versuchen, zusätzliche Patienten durch das Angebot von besonders nachgefragten Therapieformen zu gewinnen. Von vielen interessierten Patienten wird zudem eine Kampô-Therapie ausdrücklich gewünscht (Togo, 2010).

#### **1.8.4 Zum Verständnis der japanischen Versorgungssituation**

Aus o.g. Gründen und weil die Leistungen für Kampô nicht privat liquidiert werden können, sondern zu einem großen Teil von den Krankenkassen übernommen werden, wäre eine Praxis, die ausschließlich Kampô anbietet, wirtschaftlich nicht überlebensfähig. Patienten, die eine Kampô-Therapie wünschen, müssen daher einen Arzt aufsuchen, der sich zusätzlich Kenntnisse über Kampô angeeignet hat. Niedergelassene Ärzte, die sich darauf spezialisiert haben, müssen Facharzt in irgendeinem Fachgebiet sein (Reißenweber, 2002).

Wesentlich für die japanische Versorgungsrealität ist jedoch, dass sich die medizinische Versorgung der Bevölkerung überwiegend in Kliniken und deren Ambulanzen (*gairai* 外来 entsprechend den im englischen Sprachraum verbreiteten Outpatient clinics) abspielt. Dies gilt auch für Kampô, das zunehmend auch in den Ambulanzen von Universitätskliniken angeboten wird (Konaka, 2008).

#### **1.8.5 Kampô und evidenzbasierte Medizin (EBM)**

Seit einiger Zeit wird versucht, Kampô im Sinne der evidenzbasierten Medizin (EBM) auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. Die positiven Resultate einzelner Studien bedingten, dass Kampô verstärkt im klinischen Alltag eingesetzt wird (Kenner, 2001). Es fehlen zum jetzigen Zeitpunkt jedoch valide Daten zur Evidenz, und es gibt nur wenig Forschung über die Effektivität von Kampô (Kiefer, 2009). Zehn Prozent der japanischen klinischen Leitlinien

enthalten zwar Hinweise zur Benutzung von Kampô-Medizin bei bestimmten Erkrankungen, aber nur sechs klinische Leitlinien enthalten evidenzbasierte Empfehlungen für eine Therapie (Motoo, 2009).

Weiterhin ist bei den meisten Studien zwar eine ICD-10-Diagnose benannt, durch die fehlende Nennung der Kampô-*shô*-Diagnose ist eine Validierung des traditionellen Ansatzes jedoch schwierig. Bei der WHO soll bis 2015 eine Integration der traditionellen Medizin Ostasiens in den ICD-11 erfolgen. Japan schlägt vor, dass man zusätzlich zur konventionellen ICD-Diagnose einen Code für die traditionelle Diagnose vergibt. Dies würde eine Integration in das konventionelle System bedeuten, ohne die traditionelle Diagnose zu verlieren (Watanabe, 2010).

## 2 Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Nutzungsverhalten und die Nutzer von Kampô-Medizin in der gegenwärtigen japanischen Gesellschaft zu untersuchen.

Derzeit ist Kampô in Japan die wichtigste verschreibungspflichtige komplementärmedizinische Therapieform. Die Kosten werden von den Krankenkassen zu ca. 90 % übernommen. Die Verordnung von Kampô darf nur durch approbierte Ärzte erfolgen. Einzelne Kampô-Kräuter und Extrakte in niedrigeren Dosierungen sind allerdings auch ohne Verordnung in einer Apotheke/Drogerie (sog. OTC-Kampô) erhältlich. Die ärztliche Verordnung von Kampô erfolgt sowohl in den jeweiligen Fachambulanzen der Kliniken als auch in Ambulanzen, die sich auf Kampô spezialisiert haben. Es handelt sich dabei um ein gewöhnliches Verfahren, da die medizinische Versorgung der japanischen Bevölkerung v.a. über Ambulanzen verschiedener Fachrichtungen an Kliniken sichergestellt wird und das Konzept des Hausarztes so gut wie unbekannt ist (Ikegami, 1995).

Die Popularität von Kampô ist derart angestiegen, dass mittlerweile jeder Zehnte in der Bevölkerung Kampô benutzt (Yamashita, 2002). Bisher war über diese Nutzer jedoch wenig bekannt. Nur wenige Surveys (Ikarashi, 2007; Ikarashi, 2009; Matsuoka, 1995; Nakano, 1995; Uemura, 2004) wurden zur Nutzung von Kampô in einer Ambulanz für Kampô (im Weiteren Kampô-Klinik genannt) durchgeführt. Die übrigen Surveys zum Gebrauch von Kampô wurden als Teil von Surveys zur CAM-Nutzung durchgeführt und haben die Nutzung von Kampô nur sehr oberflächlich bearbeitet (Flaherty, 2001; Fukuda, 2006; Hori, 2008; Tokuda, 2007; Tsuruoka, 2005 und 2006; Yamashita, 2002).

Der vorliegende Survey hatte als Zielsetzung, Daten zum Nutzungsverhalten von Patienten zu liefern und die soziodemographischen Faktoren und das Spektrum an Erkrankungen, das zu einer Vorstellung in einer Kampô-Klinik führte, sowie die Gründe für eine Nutzung zu evaluieren. Zudem sollten folgende Hypothesen überprüft werden:

- 1) Kampô wird von den meisten japanischen Patienten nicht als alternatives Heilverfahren, sondern eher ergänzend zur konventionellen Medizin gesehen, im Sinne eines integrativen Ansatzes.
- 2) Das Verständnis und Wissen um die medizinischen und philosophischen Hintergründe ist selbst bei Patienten, die eine spezialisierte Kampô-Klinik aufsuchen, gering ausgeprägt und

spielt beim Nutzungsverhalten keine Rolle. Vielmehr ist die Empfehlung des Arztes oder die Enttäuschung über die konventionelle Medizin entscheidend.

3) Der Besuch einer spezialisierten Kampô-Klinik ist mit hohen Erwartungen verbunden.

## **3 Methodik**

### **3.1 Design**

Wir führten einen Survey zum Nutzungsverhalten von Kampô von japanischen Patienten durch. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte im Zeitraum von September bis Oktober 2008 in verschiedenen Kliniken in den Orten Sendai und Tokio. Sendai ist eine Großstadt mit 1 034 704 Einwohnern im Norden Japans. Tokio ist die Hauptstadt Japans mit insgesamt 34 471 652 Einwohnern in der gesamten Metropolregion.

In dem Survey sollten umfassende Daten über die Nutzer von Kampô-Medizin und ihr Nutzungsverhalten erhoben und analysiert werden. Der Fokus lag dabei auf ärztlich verordnetem Kampô. Es sollten Patienten verschiedener Ambulanzen an Kliniken mit unterschiedlichen Ansätzen zu Kampô befragt werden. Zum Vergleich sollten ambulante Patienten einer konventionellen internistischen Klinik eingeschlossen werden. Mit Hilfe eines Fragebogens sollten die Patienten zu ihrem Nutzungsverhalten und den Gründen für eine Inanspruchnahme von Kampô befragt werden.

### **3.2 Entwicklung des Erhebungsinstrumentes**

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte gemeinsam mit dem Team im Projektbereich CAM am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Zunächst wurde eine englische Version erstellt, die an die japanischen Kooperationspartner weitergeleitet wurde. Deren Verbesserungsvorschläge wurden integriert und danach eine japanische Version erstellt (Promovendin zusammen mit einer Muttersprachlerin (Kiyomi Ikenaga)). Diese japanische Version wurde vor Ort in Japan vor dem Druck erneut diskutiert und entsprechend verändert.

Das Design des Fragebogens sollte die Beurteilung von Aspekten erlauben, die Patienten bei der Kampô-Nutzung besonders wichtig sind. Strukturell haben wir uns dabei an den in den Vorstudien etablierten Versionen orientiert. Auf einer Skala wurde der Grad der Zustimmung oder Ablehnung verschiedener Aussagen gemessen, um zu erfahren, wie wichtig diese einzelnen Aussagen den Patienten sind. Die daraus gewonnenen Aspekte sollten in der Diskussion vertieft und ggf. für weitere Studien nutzbar gemacht werden.

Bei der Konzeption des Erhebungsinstrumentes mussten wir kulturspezifische Faktoren berücksichtigen. Japaner sind es zwar gewohnt, Fragebögen auszufüllen und nehmen in der Regel relativ bereitwillig an derartigen Erhebungen teil. Die Beantwortung nimmt jedoch viel

Zeit in Anspruch. Das liegt zum einen an einer gewissen Sorgfältigkeit und Gewissenhaftigkeit der Japaner. Zum anderen treten bei der Beantwortung von Fragen, die im gesellschaftlichen Kontext nicht unbedingt gängig sind (einige Fragen bzw. Aussagen waren für einen Kulturkreis wie Japan relativ direkt gestaltet) und für die es zunächst nicht auf der Hand liegt, welche Antworten angemessen und gesellschaftlich erwartbar sind, Unsicherheiten auf. Unter Berücksichtigung einer gewissen Zeitökonomie wählten wir zum Beispiel ein Design mit einer fünf Punkte umfassenden Skala, da uns eine Skala mit sieben Abstufungen wie in den Surveys von Furnham (Furnham, 1993, 1994 und 1996; Sugimoto, 1999) als zu aufwändig erschien. Zudem wurden einzelne Fragen modifiziert, um eine größere Verständlichkeit zu erreichen. Weiterhin wurden neben den Fragen zu demographischen Faktoren und zur Krankheitsgeschichte Fragen aufgenommen, die Aufschluss über das Bewusstsein und die Haltung gegenüber Kampô im Allgemeinen geben sollen. Hierzu gehören Fragen zu den Gründen einer Nutzung bzw. Nicht-Inanspruchnahme von Kampô und über das Wissen über die Hintergründe der Kampô-Medizin. Von den Antworten erhofften wir uns Hinweise zur Beantwortung unserer Fragestellung.

Der Fragebogen war in sieben Abschnitte unterteilt:

- Abschnitt A enthielt Angaben zu demographischen Daten und Fragen zur medizinischen Vorgeschichte. Die Patienten sollten angeben, ob sie schwere Erkrankungen in den letzten fünf Jahren hatten oder an chronischen oder psychiatrischen Erkrankungen litten, und diese ggf. benennen.
- Im Abschnitt B wurden die Patienten um Auskunft gebeten, mit welcher aktuellen Erkrankung bzw. Symptomen sie den jeweiligen Arzt oder die Klinik aufsuchten und wie lange diese schon bestehen. Weiterhin wurde nach der üblicherweise verwendeten Therapie (Kampô, konventionelle Medizin oder beides) und nach den Hintergründen des aktuellen Besuchs der Klinik gefragt.
- Abschnitt C enthielt allgemeine Aussagen zu Ansichten über Gesundheitsfragen und das Verhalten im alltäglichen Leben. Diese konnten je nach Grad der Zustimmung (1 = Ablehnung bis 5 = Zustimmung) beantwortet werden. Zudem konnten die Patienten darlegen, welche präventiven Strategien zur Vermeidung von Krankheit sie wählten und wie viel Wissen sie über die Hintergründe der Diagnose und Therapie bei Kampô hatten. Zur Beantwortung konnten sie aus einer fünfstelligen Skala (1 = kein Wissen bis 5 = sehr viel Wissen) wählen.

- Abschnitt D beinhaltete Fragen zur Vorerfahrung mit Kampô. Wo und wann hatten die Patienten Kampô erhalten und für welche Erkrankungen war es verwendet worden?
- Abschnitt E enthielt zwei Teile. Im ersten sollten Ansichten über konventionelle Medizin und Kampô ergründet werden. Die Patienten konnten auf einer fünfstelligen Skala angeben, wie sehr sie verschiedenen Aussagen zustimmten (1 = Ablehnung bis 5 = Zustimmung). Insbesondere wurde hier nach der perzipierten Effektivität der verschiedenen Heilmethoden sowie der Zufriedenheit mit diesen gefragt. Zudem sollten die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden. Weiterhin gab es Aussagen bzw. Fragen zu den philosophischen Hintergründen von Kampô. Der zweite Teil des Abschnittes diente dazu, die subjektive Ansicht von Patienten, bei welcher Erkrankung welche Therapie am sinnvollsten sei, zu ergründen. In einer Liste mit 29 häufigen Erkrankungen/Symptomen konnte angekreuzt werden, ob bei der jeweiligen Erkrankung eine konventionelle Therapie, Kampô oder eine Kombinationstherapie bevorzugt wurde. Als weitere Antwortoption war „weiß nicht“ vorgegeben.
- Im Abschnitt F wurden die Gründe für eine Kampô-Nutzung oder eine Nicht-Inanspruchnahme erfragt. Hierfür wurden gemäß der Fragestellung die Patienten in zwei Gruppen aufgeteilt. Diejenigen, die bereits Erfahrung mit Kampô hatten, sollten Aussagen zu den Gründen der Benutzung beurteilen (1 = Ablehnung bis 5 = Zustimmung). Hier wurde auch eruiert, ob der Arzt bzw. Empfehlungen von Familie und Bekannten einen Einfluss hatten und ob Patienten eine ganzheitliche Therapie ohne Nebenwirkungen der konventionellen Medizin suchten. Die Patienten, die bisher Kampô nicht verwendet hatten, sollten den Grad ihrer Zustimmung zu Aussagen zur Nicht-Inanspruchnahme einschätzen (1 = Ablehnung bis 5 = Zustimmung).
- In Abschnitt G wurden die Patienten gebeten, Kommentare zu ihren Ansichten und Erfahrungen mit Kampô niederzuschreiben.

### **3.3 Auswahl der teilnehmenden Kliniken**

Wie bereits in der Einleitung (s. Kapitel 1.8.4, S. 19) ausgeführt, erfolgt die medizinische Versorgung in Japan hauptsächlich durch Ambulanzen größerer Kliniken. Es wurden zunächst Kliniken mit speziellen Kampô-Schwerpunkten gesucht. Die Kliniken sollten eine gewisse Größe haben und für die Allgemeinbevölkerung gut erreichbar und leicht zugänglich sein. Ambulanzen mit Kampô-Schwerpunkten an Universitätskrankenhäusern erschienen uns ideale Orte für die Durchführung zu sein. Hierfür konnten japanische Kooperationspartner gewonnen werden. Als Vergleich wurde zusätzlich eine konventionelle Klinik ausgewählt,

um etwaige Unterschiede in der Haltung zu Kampô bei Patienten mit womöglich anders gearteten Nutzungsverhalten zu identifizieren. Weiterhin sollte die Klinik eines niedergelassenen Arztes, der Kampô zusätzlich zu seiner normalen Tätigkeit praktiziert, zur Teilnahme am Survey bewegt werden, um klassische Mischformen der Versorgung bei der Datenerhebung zu berücksichtigen.

### 3.4 Beschreibung der teilnehmenden Kliniken

Es wurden folgende Kliniken für eine Teilnahme am Survey ausgewählt: Die *Kampô/CM-Klinik* war eine Ambulanz in einer Universitätsklinik in Sendai. Hier wurde Kampô und Chinesische Medizin (CM) in Kombination mit Akupunktur/Moxibustion angewendet. Die *integrative Klinik* befand sich ebenso in Sendai. Hier arbeitete ein niedergelassener Arzt, der konventionelle Medizin praktizierte, aber auch zusätzlich Kampô-Medizin verschrieb. In der *Kampô-Klinik*, einer Ambulanz an einer großen privaten Universitätsklinik in Tokio, wurde Kampô in der klassischen Form, also mit Bestimmung einer Kampô-*shô*-Diagnose, praktiziert. Die *konventionelle Klinik* war eine innerstädtische Ambulanz für Innere Medizin in Tokio, in der die praktizierenden Ärzte kaum Kampô verwendeten. (Eine Beschreibung der Kliniken findet sich im Anhang unter Kapitel 8.2, S. 92.)

### 3.5 Ein- und Ausschlusskriterien

In den Survey schlossen wir Patienten verschiedener Altersgruppen ein, die in den Monaten September oder Oktober 2008 eine medizinische Behandlung in einer der teilnehmenden Kliniken aufsuchten. Bei Kindern füllte der begleitende Elternteil den Fragebogen aus.

Es wurden alle Patienten, die mind. 30 min Wartezeit hatten und im definierten Erfassungszeitraum die jeweilige Klinik aufsuchten, gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Die Ausgabe erfolgte entweder durch das medizinische Personal der Klinik oder durch die Promovendin. Falls ein Fragebogen unvollendet blieb, wurden die Patienten gebeten, ihn nach der Behandlung zu vervollständigen und beim Personal der Klinik abzugeben.

Wenn der körperliche oder geistige Zustand der Patienten eine Befragung bzw. ein Ausfüllen des Fragebogens nicht zuließ, wurden sie nicht eingeschlossen. Falls Patienten es wünschten bzw. Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben hatten, wurde der Fragebogen vorgelesen, und die Untersucherin oder das Personal notierte die Antworten.

Die Teilnahme an der Fragebogenumfrage war freiwillig und es wurde Anonymität zugesichert.

### 3.6 Datenmanagement

Die Dateneingabe erfolgte in Microsoft Excel® 2008 (Microsoft Corporation). Während der Dateneingabe wurden bereits elektronische Plausibilitätsprüfungen vorgenommen. Zusätzlich wurden regelmäßige Plausibilitätsprüfungen anhand von Abfragen durchgeführt. Zur Qualitätskontrolle der Dateneingabe wurde eine zufällige 5 %-Stichprobe gezogen. Es ergab sich ein durchschnittlicher Eingabefehler von unter 0,1 %. Bei fehlenden Daten erfolgte keine Ersetzung.

### 3.7 Statistische Auswertung

In der Auswertung der Fragebögen kamen zunächst deskriptive Methoden zur Anwendung, sowohl um die Gesamtpopulation zu beurteilen, als auch um die Patienten, die Kampô in Anspruch genommen hatten, gegenüber denen zu beschreiben, die keine Erfahrung mit Kampô hatten. Es wurden hier Deskriptionen mit Berechnung von absoluten und relativen Häufigkeiten durchgeführt, für metrische Variablen wurden zudem Mittelwerte und Standardabweichungen als Streuungsmaße berechnet. Zur Testung von Hypothesen im Rahmen der schließenden Statistik wurden im Wesentlichen nichtparametrische Tests (Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test) angewendet. Zur Beurteilung des Zusammenhangs von zwei diskreten Variablen wurde der  $\chi^2$ -Test angewendet.

Zusätzlich wurden einfache und multiple logistische Regressionsanalysen durchgeführt, mit deren Hilfe gerichtete Zusammenhänge von abhängigen Variablen auf unabhängige Variablen untersucht werden können. Als abhängige Variablen wurden die Nutzung beziehungsweise Nichtnutzung von Kampô gewählt. Als unabhängige Variablen für die einfachen Regressionen wurden verschiedene Aspekte der Soziodemographie wie Alter, Geschlecht und Schulbildung eingeschlossen. Variablen, die einen signifikanten Einfluss im einfachen Modell zeigten, wurden als Adjustierungsvariablen in das multiple Modell aufgenommen. Zu beurteilende Einflussvariablen (unabhängige Variablen) des multiplen Modells waren Einstellungen und Meinungen zur konventionellen Medizin und Kampô, deren Zusammenhang mit der Anwendung von Kampô untersucht werden sollte.

Das Nutzungsverhalten von Kampô sollte im Rahmen einer Subgruppenanalyse durch die Auswertung von Aussagen der Patienten erfolgen, die bereits Erfahrung mit der Anwendung von Kampô hatten. Anhand verschiedener soziodemographischer Parameter wie Alter,

Geschlecht oder Schulbildung und chronischer Erkrankungen sollten in einer Regressionsanalyse die Bedingungen für eine Inanspruchnahme eruiert werden. Zur Überprüfung der in der Fragestellung geschilderten Aspekte des Nutzungsverhaltens sollte zunächst das Patientenkollektiv getrennt nach den in den Survey einbezogenen Kliniken analysiert werden. Inwiefern unterschieden sich Patienten einer auf Kampô spezialisierten Einrichtung von denjenigen einer konventionellen internistischen Ambulanz? Differierte das Spektrum der Erkrankungen, das zur jeweiligen Vorstellung führte? Inwieweit unterschied sich das Patienten Klientel einer Kampô-Klinik von dem einer Praxis eines niedergelassenen Arztes mit zusätzlichem Kampô-Angebot? Die allgemeine Einstellung zu Kampô bzw. konventioneller Medizin und das jeweilige Nutzungsverhalten wurden in dieser Auswertung berücksichtigt.

Das Odds Ratio (OR) wurde berechnet und 95%-Konfidenzintervalle (KI) angegeben.

Alle Auswertungen wurden mit dem statistischen Softwarepaket SPSS® 16.0 (SPSS Inc., Chicago) und nach Auslaufen der Lizenz am 31. 10. 2009 mit PASW® Statistics Version 18 (SPSS Inc., Chicago) durchgeführt.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Soziodemographie

Insgesamt nahmen 500 Patienten an der Umfrage teil. Dies waren 93 Patienten in der Kampô/CM-Klinik, 136 in der integrativen Klinik, 125 in der Kampô-Klinik und 146 in der konventionellen Klinik. Die Altersspanne lag zwischen 5 und 88 Jahren (Kampô/CM-Klinik: 14 – 88 Jahre, Integrative Klinik: 5 – 83 Jahre, Kampô-Klinik: 22 – 77 Jahre, konventionelle Klinik: 16 – 83 Jahre).

Die Alters- und Geschlechtsverteilung, die Art des Schulabschlusses und der Familienstand sind Tabelle 3, die arbeitsdemographischen Daten Tabelle 4 auf S. 30 zu entnehmen. Zählt man die Patienten mit einer höheren Schulbildung (Abschlüsse ab Oberschule) zusammen, ergibt sich für die Kampô-Klinik eine höhere Schulbildung in 85%, während der Gesamtdurchschnitt bei 67% liegt (Kampô/CM-Klinik: 58%, integrative Klinik: 67%, konventionelle Klinik: 58%). Dies unterscheidet sich signifikant ( $p=0,048$ ).

**Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Studienpopulation**

	<b>Alle Kliniken</b> n (%)	<b>Kampô/CM</b> n (%)	<b>Integrativ</b> n (%)	<b>Kampô</b> n (%)	<b>Konventionell</b> n (%)	<b>p-Wert*</b>
<b>Geschlecht</b>						0,001
Weiblich	316 (64,1)	67 (72,0)	81 (60,0)	92 (74,8)	76 (53,5)	
Männlich	177 (35,9)	26 (28,0)	54 (40,0)	31 (25,2)	66 (46,5)	
<b>Alter (MW±SD)</b>	51,85 (±16,33)	57,46 (±15,92)	47,77 (±14,71)	49,62 (±14,99)	54,00 (±17,86)	<0,001
<b>Schulabschluss</b>						<0,001
Mittelschule	19 (3,9)	2 (2,2)	4 (3,0)	1 (0,8)	12 (8,3)	
Oberschule	142 (28,9)	36 (39,1)	40 (29,9)	17(13,9)	49 (34,0)	
Fachober-/Hochschule	78 (15,9)	13 (14,1)	25 (18,7)	16 (13,1)	24 (16,7)	
College/Universität	226 (45,9)	36 (39,1)	63 (47,0)	74 (60,7)	53 (36,8)	
Master	27 (5,5)	5 (5,4)	2 (1,5)	14 (11,5)	6 (4,2)	
<b>Familienstand</b>						0,001
ledig	130 (26,4)	23 (24,7)	20 (14,8)	44 (35,5)	43 (30,7)	
verheiratet	308 (62,6)	53 (57,0)	106 (78,5)	66 (53,2)	83 (59,3)	
geschieden	24 (4,9)	6 (6,5)	5 (3,7)	5 (4,0)	8 (5,7)	
verwitwet	30 (6,1)	11 (11,8)	4 (3,0)	9 (7,3)	6 (4,3)	

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen

**Tabelle 4: Arbeitsdemographische Daten der Studienpopulation**

	<b>Alle Kliniken</b>	<b>Kampô/ CM</b>	<b>Integrativ</b>	<b>Kampô</b>	<b>Konventionell</b>	<b>p- Wert*</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Arbeitssituation</b>						0,024
bestehendes Arbeitsverhältnis	234 (48,9)	31 (34,1)	75 (56,8)	54 (46,2)	74 (53,2)	
arbeitslos	11 (2,3)	1 (1,1)	5 (3,8)	2 (1,7)	3 (2,2)	
in keinem Arbeitsverhältnis	118 (24,6)	29 (31,9)	31 (23,5)	34 (29,1)	24 (17,3)	
in Rente	104 (21,7)	28 (30,8)	18 (13,6)	24 (20,5)	34 (24,5)	
in Ausbildung	11 (2,3)	1 (1,1)	3 (2,3)	3 (2,6)	4 (2,9)	
Rente, aber bestehendes Arbeitsverhältnis	1 (0,2)	1 (1,1)				
<b>Arbeitsart</b>						0,145
Angestellter	149 (58,4)	21 (46,7)	46 (61,3)	31 (52,5)	51 (67,1)	
Beamter	24 (9,4)	6 (13,3)	10 (13,3)	4 (6,8)	4 (5,3)	
Beamter im Schuldienst	19 (7,5)	4 (8,9)	7 (9,3)	4 (6,8)	4 (5,3)	
Freiberufler	18 (7,1)	5 (11,1)	3 (4,0)	7 (11,9)	3 (3,9)	
Selbstständiger	34 (13,3)	5 (11,1)	8 (10,7)	12 (1,7)	9 (11,8)	
Unternehmer	11 (4,3)	4 (8,9)	1 (1,3)	1 (0,8)	5 (6,6)	
<b>Beschäftigungs- verhältnis</b>						0,376
feste Anstellung	173 (69,5)	29 (74,4)	56 (72,7)	31 (58,5)	57 (71,2)	
Teilzeit	58 (23,3)	9 (23,1)	17 (22,1)	16 (30,2)	16 (20,0)	
Zeitarbeit	15 (6,0)		4 (25,2)	5 (9,4)	6 (7,5)	
Gelegenheits- arbeit	2 (0,8)	1 (2,6)			1 (1,2)	
feste Anstellung und Teilzeit	1 (0,4)			1 (1,9)		
<b>Dienststart</b>						0,282
höheres Management	64 (24,4)	9 (20,9)	21 (28,0)	12 (19,4)	22 (26,8)	
normale Anstellung	109 (41,6)	22 (51,2)	29 (38,7)	27 (43,5)	31 (37,8)	
Facharbeit	59 (22,5)	7 (16,3)	22 (29,3)	13 (21,0)	17 (20,7)	
Sonstiges	30 (11,5)	5 (11,6)	3 (4,0)	10 (16,1)	12 (14,6)	

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen

### **4.1.1 Wohnorte**

Aus der Abbildung 1: Wohnorte der Studienpopulation auf S. 32 sind sowohl die Lage der Städte Sendai und Tokio, als auch die Regionen und Präfekturen, aus denen die Patienten kamen, ersichtlich. Die Kampô-Klinik und die Kampô/CM-Klinik wurden auch von Patienten aufgesucht, die nicht in der unmittelbaren Umgebung, sondern weiter entfernt wohnten (9% bzw. 25%). Die beiden anderen Kliniken wurden fast ausschließlich von Patienten aufgesucht, die in der Umgebung wohnten. Die integrative Klinik etwa wurde zu 100% von Patienten mit Wohnort in Sendai besucht. Die konventionelle Klinik in Tokio wurde nur in zwei Fällen von Patienten von außerhalb aufgesucht. Es ist jedoch anzunehmen, dass es sich hier um Menschen handelte, die ihre offizielle Wohnadresse außerhalb haben, jedoch zumindest temporär in Tokio leben.

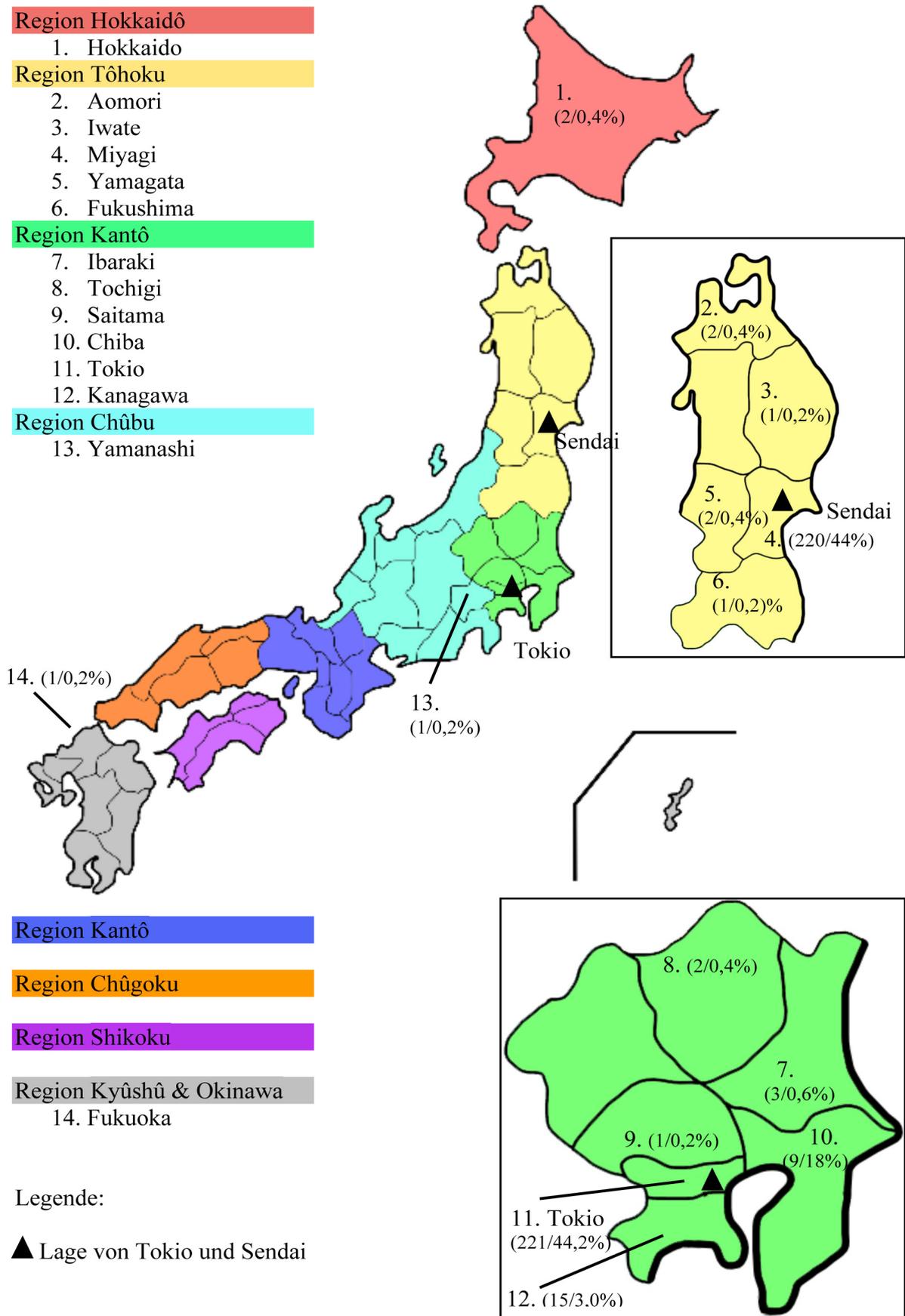


Abbildung 1: Wohnorte der Studienpopulation

### 4.1.2 Assoziation soziodemographischer Faktoren mit der Kampô-Nutzung

Verglichen mit den Nicht-Anwendern waren die Anwender von Kampô häufiger weiblich (69,2% vs. 49,2%,  $p < 0,001$ ) und chronisch (49,2% vs. 31,4%,  $p = 0,001$ ) bzw. psychisch krank (9,9% vs. 2,5%,  $p = 0,009$ ), zudem hatten sie tendenziell eine höhere Schulbildung (mindestens College oder Universität: 53,6% vs. 46,3%,  $p = 0,050$ ). Keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern zeigten sich hinsichtlich Alter (Mittelwert 51,2 vs. 53,1 Jahre,  $p = 0,244$ ), Familienstand (verheiratet: 63,8% vs. 59,2%,  $p = 0,810$ ) und schweren Erkrankungen innerhalb der letzten fünf Jahre (21,3% vs. 14,9%,  $p = 0,146$ ), siehe auch Tabelle 5.

**Tabelle 5: Vergleich der Anwender und der Nicht-Anwender von Kampô**

	Anwender n (%)	Nicht- Anwender n (%)	p-Wert
<b>Altersgruppen</b>			0,403
1–30 Jahre	38 (10,6%)	17 (14,2%)	
31–50 Jahre	126 (35,0%)	37 (30,8%)	
51–70 Jahre	151 (41,9%)	46 (38,3%)	
> 70 Jahre	45 (12,5%)	20 (16,7%)	
<b>Geschlecht männlich</b>	111 (30,8%)	61 (50,8%)	< 0,001
<b>Familienstand</b>			0,964
ledig	92 (25,6%)	36 (30,0%)	
verheiratet	229 (63,8%)	71 (59,2%)	
geschieden	17 (4,7%)	6 (5,0%)	
verwitwet	21 (5,8%)	7 (5,8%)	
<b>Bildung</b>			0,05
Mittelschule	9 (2,9%)	10 (8,3%)	
Oberschule	102 (28,5%)	36 (29,8%)	
Fachober-/Hochschule	55 (15,4%)	19 (15,7%)	
College/Universität	169 (47,2%)	52 (43,0%)	
Masterabschluß	23 (6,4%)	4 (3,3%)	
<b>Schwere Erkrankung</b>	77 (21,3%)	18 (14,9%)	0,126
<b>Chronische Erkrankung</b>	178 (49,2%)	38 (31,4%)	0,001
<b>Psychische/psychiatrische Erkrankung</b>	36 (9,9%)	3 (2,5%)	0,009

Die Ergebnisse der einfachen logistischen Regressionsanalysen (s. Tabelle 6) bestätigten diese Assoziationen. So war die Chance, Erfahrungen mit Kampô zu haben, für Frauen und chronisch Kranke jeweils etwa verdoppelt. Personen mit psychischen Erkrankungen hatten sogar eine etwa vierfache Chance, Erfahrungen mit Kampô zu haben, wobei hier aufgrund der geringen Fallzahl das Konfidenzintervall sehr breit war. Es zeigte sich ebenfalls ein sehr großer Einfluss der Klinik, an der der jeweilige Patient rekrutiert werden konnte. So hatten Patienten der beiden Kliniken, die Kampô bzw. Kampô und CM anboten, deutlich häufiger Erfahrung mit Kampô (dies wird in Kapitel 4.9 weiter ausgeführt).

**Tabelle 6: Assoziation soziodemographischer Faktoren mit der Anwendung von Kampô**

	<b>OR (95% KI)</b>
<b>Kampô/CM-Klinik</b> (Referenz konventionelle Klinik)	15,44 (6,33 – 37,66)
<b>Integrative Klinik</b> (Referenz konventionelle Klinik)	3,70 (2,19 – 6,26)
<b>Kampô-Klinik</b> (Referenz konventionelle Klinik)	9,22 (4,75 – 17,90)
<b>Alter</b>	0,99 (0,98 – 1,01)
<b>Geschlecht weiblich</b>	2,32 (1,52 – 3,54)
<b>Höhere Schulbildung</b>	1,34 (0,89 – 2,03)
<b>Familienstand verheiratet</b>	1,22 (0,80 – 1,86)
<b>Schwere Erkrankung</b>	1,55 (0,88 – 2,71)
<b>Chronische Erkrankung</b>	2,11 (1,37 – 3,27)
<b>Psychische Erkrankung</b>	4,34 (1,31 – 14, 37)

KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

## 4.2 Schwere Erkrankungen in den letzten fünf Jahren

Insgesamt antworteten 59% der Patienten (n= 100) dass sie in den letzten fünf Jahren eine schwere Erkrankung durchgemacht haben. Besonders hoch war die Rate der schweren Erkrankungen in der Kampô/CM-Klinik und der Kampô-Klinik (31% bzw. 27%). In der integrativen Klinik und der konventionellen Klinik war die Rate deutlich niedriger mit 10% und 16%.

Die Art der Erkrankung wurde in einem Freitextfeld genannt, Mehrfachnennungen waren möglich. Es erfolgte eine manuelle Auszählung und danach eine Einordnung in verschiedene

Krankheitsarten. Die Berechnung erfolgte als prozentuale Häufigkeit aller in den Survey eingeschlossenen Patienten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

**Tabelle 7: Art der schweren Erkrankung in den letzten fünf Jahren**

	<b>Alle Kliniken</b>	<b>Kampô/ CM</b>	<b>Integrativ</b>	<b>Kampô</b>	<b>Konven- tionell</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Herz- und Kreislauf- erkrankung</b>	12 (2,4)	3 (0,6)	4 (0,8)	2 (0,4)	3 (0,6)
<b>Lungenerkrankung</b>	9 (1,8)	3 (0,6)	3 (0,6)	1 (0,2)	2 (0,4)
<b>Stoffwechsel- erkrankung</b>	14 (2,8)	2 (0,4)	3 (0,6)		9 (1,8)
<b>Gastroenterologische Erkrankung</b>	13 (2,6)	6 (1,2)	1 (0,2)	3 (0,6)	3 (0,6)
<b>Nephrologische/ Urologische Erkrankung</b>	9 (1,8)	2 (0,4)	2 (0,4)	5 (1,0)	
<b>Gynäkologische Erkrankung</b>	16 (3,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	14 (2,8)	
<b>Neurologische/ Psychiatrische Erkrankung</b>	15 (3,0)	8 (1,6)		3 (0,6)	4 (0,8)
<b>Rheumatologische Erkrankung</b>	5 (1,0)	1 (0,2)		3 (0,6)	1 (0,2)
<b>Augenerkrankung</b>	6 (1,2)	6 (1,2)			
<b>Sonstige</b>	15 (3,0)	2 (0,4)	2 (0,4)	7 (1,4)	4 (0,8)

### 4.3 Chronische und psychiatrische/psychische Erkrankungen

Insgesamt gaben 45% der Patienten an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Dieser Anteil war besonders hoch in der Kampô/CM-Klinik (57%) sowie in der Kampô-Klinik (56%). In der integrativen Klinik bzw. konventionellen Klinik gaben 40% bzw. 31% der Patienten an, chronisch erkrankt zu sein.

8% der Patienten litten an einer psychiatrischen oder psychischen Erkrankung. Besonders hoch war die Rate in der integrativen Klinik (16%), gefolgt von der Kampô-Klinik (12%). In der Kampô/CM-Klinik und der Klinik mit konventioneller Medizin war die Rate an psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich dazu niedrig (3% bzw. 1%).

Die Art der chronischen Erkrankung konnte in einem Freitextfeld genannt werden. Es waren Nennungen von mehreren Erkrankungen möglich. Die Anzahl an verschiedenen Erkrankungen, aufgeschlüsselt nach Kliniken, sind Tabelle 8 zu entnehmen.

**Tabelle 8: Art der chronischen Erkrankung**

	<b>Alle Kliniken</b>	<b>Kampô/ CM</b>	<b>Integrativ</b>	<b>Kampô</b>	<b>Konventionell</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Herz- und Kreislauf- erkrankung</b>	52 (10,4)	7 (1,4)	23 (4,6)	10 (2,0)	12 (2,4)
<b>Lungenerkrankung</b>	22 (4,4)	4 (0,8)	9 (1,8)	5 (1,0)	4 (0,8)
<b>Stoffwechsel- erkrankung</b>	44 (8,8)	7 (1,4)	10 (2,0)	6 (1,2)	21 (4,2)
<b>Gastroenterologische Erkrankung</b>	27 (5,4)	7 (1,4)	4 (0,8)	12 (2,4)	4 (0,8)
<b>Nephrologische/ Urologische Erkrankung</b>	6 (1,2)		1 (0,2)	5 (1,0)	
<b>Gynäkologische Erkrankung</b>	10 (2,0)	3 (0,6)	2 (0,4)	5 (1,0)	
<b>Neurologische/ Psychiatrische Erkrankung</b>	31 (6,2)	17 (3,4)	2 (0,4)	10 (2,0)	2 (0,4)
<b>Rheumatologische Erkrankung</b>	12 (2,4)	3 (0,6)	1 (0,2)	8 (1,6)	
<b>Schmerzen</b>	13 (2,6)	5 (1,0)	5 (1,0)	2 (0,4)	1 (0,2)
<b>Allergien / dermatologische Erkrankung</b>	28 (5,6)	4 (0,8)	8 (1,6)	16 (3,2)	
<b>Augenerkrankung</b>	10 (2,0)	7 (1,4)	1 (0,2)	2 (0,4)	
<b>Sonstige</b>	27 (5,4)	4 (0,8)	3 (0,6)	14 (2,8)	6 (1,2)

Die Auszählung erfolgte manuell, die einzelnen Erkrankungen wurden Erkrankungsarten zugeordnet. Bei Herz- und Kreislaufenerkrankungen zum Beispiel finden sich Patienten mit Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck etc.. Zu den Stoffwechselerkrankungen wurden Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht etc. hinzugerechnet. In der Gruppe der neurologischen/psychiatrischen Erkrankungen wurde eine sehr inhomogene Gruppe von Menschen mit Beschwerden wie vegetativer Dystonie bis zu Schwindel und Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Depression usw. zusammengefasst.

#### 4.4 Grund der Vorstellung beim Arzt

Die Art der Symptome, Beschwerden oder Erkrankungen, die die Patienten aktuell zum Arzt führten, wurden im Fragebogen in einem Freitextfeld eingetragen. Es waren mehrere Nennungen möglich. In der Auswertung wurden die Erkrankungen manuell ausgezählt und verschiedenen Erkrankungsarten zugeordnet (siehe Tabelle 9, Angaben in Prozent der in den Survey eingeschlossenen Patienten).

Zu beachten ist das Symptom „Überempfindlichkeit gegen Kälte“. Dies wurde besonders in der Kampô-Klinik oft genannt, teilweise auch als einziges Symptom, weswegen der Arzt aufgesucht wurde.

**Tabelle 9: Art der aktuellen Erkrankung bzw. Symptome**

	<b>Alle Kliniken</b> n (%)	<b>Kampô/ CM</b> n (%)	<b>Integrativ</b> n (%)	<b>Kampô</b> n (%)	<b>Konventionell</b> n (%)
<b>Herz- und Kreislauf- erkrankung</b>	71 (14,2)	10 (2,0)	31 (6,2)	10 (2,0)	20 (4,0)
<b>Lungenerkrankung</b>	30 (6,0)	5 (1,0)	13 (2,6)	5 (1,0)	7 (1,4)
<b>Stoffwechsel- erkrankung</b>	66 (13,2)	7 (1,4)	22 (4,4)	3 (0,6)	34 (6,8)
<b>Gastroenterologische Erkrankung</b>	56 (11,2)	8 (1,6)	7 (1,4)	26 (5,2)	15 (3,0)
<b>Nephrologische/ Urologische Erkrankung</b>	8 (1,6)	5 (1,0)		2 (0,4)	1 (0,2)
<b>Gynäkologische Erkrankung</b>	30 (6,0)	7 (1,4)	5 (1,0)	14 (2,8)	4 (0,8)
<b>Neurologische/ Psychiatrische Erkrankung</b>	77 (15,4)	27 (5,4)	25 (5,0)	23 (4,6)	2 (0,4)
<b>Rheumatologische Erkrankung</b>	10 (2,0)	4 (0,8)		5 (1,0)	1 (0,2)
<b>Schmerzen</b>	57 (11,4)	22 (4,4)	9 (1,8)	19 (3,8)	7 (1,4)
<b>Allergie/ Dermatologische Erkrankung</b>	42 (8,4)	8 (1,6)	14 (2,8)	20 (4,0)	
<b>Augenerkrankung</b>	8 (1,6)	7 (1,4)		1 (0,2)	
<b>Überempfindlichkeit gegen Kälte</b>	21 (4,2)	3 (0,6)	1 (0,2)	16 (3,2)	1 (0,2)
<b>Maligne Erkrankung</b>	12 (2,4)	3 (0,6)	1 (0,2)	7 (1,4)	1 (0,2)
<b>Sonstige</b>	86 (17,2)	15 (3,0)	16 (3,2)	20 (4,0)	35 (7,0)

Die Beschwerden/Erkrankungen bestanden im Mittel 7,9 Jahre ( $SD \pm 8,6$ ). In der Kampô/CM-Klinik bestanden die Erkrankungen am längsten (10,4 Jahre ( $SD \pm 10,2$ ), in der integrativen Klinik sowie der konventionellen Klinik kürzer (6,3 Jahre ( $SD \pm 7,7$ ) und 6,2 Jahre ( $SD \pm 7,4$ )). Die Patienten der Kampô-Klinik klagten über ihre Beschwerden/Erkrankungen im Mittel 8,8 Jahre ( $SD \pm 8,6$ ).

#### 4.5 Wahl der Behandlung

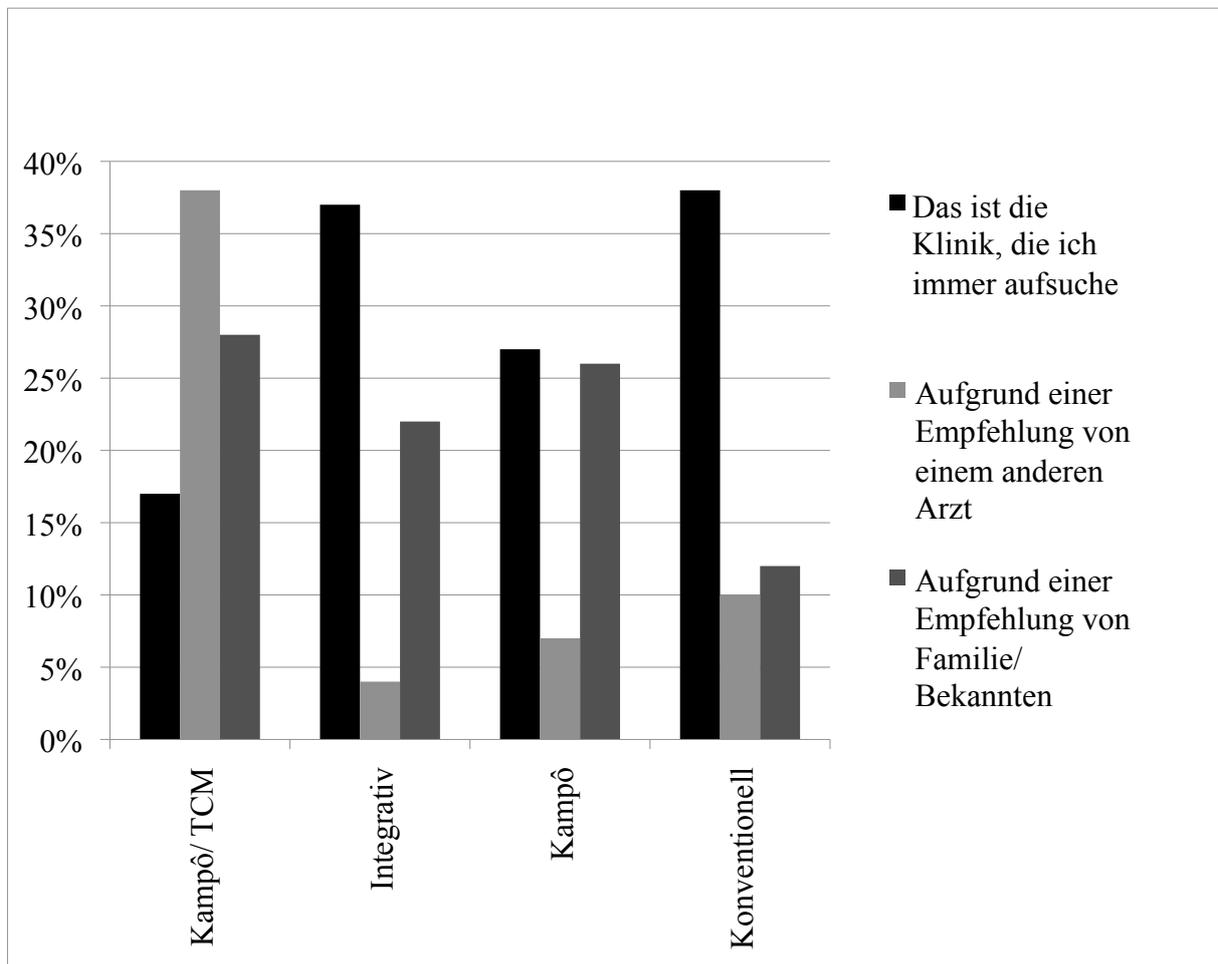
43% der Patienten suchten üblicherweise eine Behandlung durch konventionelle Medizin, 45% durch konventionelle Medizin und Kampô in Kombination und 12% eine Kampô-Behandlung auf. Über die Hälfte der Patienten der Kliniken, die Kampô verordneten, verwendete es in Kombination zur konventionellen Medizin. Eine Therapie mit Kampô alleine wurde in der Kampô/CM-Klinik von 20%, in der Kampô-Klinik von 16% und in der integrativen Klinik von 8% der Patienten verwendet. In der konventionellen Klinik gaben 5% der Patienten an, Kampô als alleinige Therapie zu verwenden. Jedoch gebrauchten auch 18% in dieser Klinik üblicherweise eine Kombinationstherapie. Die weiteren Ergebnisse sind Tabelle 10 zu entnehmen. Bezüglich der Inanspruchnahme von konventioneller Therapie und Kampô unterscheiden sich die Kliniken signifikant ( $p < 0,001$ ). Signifikante Unterschiede gab es vor allem zwischen der Kampô/CM-Klinik und der integrativen Klinik sowie zwischen der Kampô/CM-Klinik und der konventionellen Klinik. Des Weiteren unterschieden sich die konventionelle Klinik und sowohl die integrative Klinik als auch die Kampô-Klinik signifikant.

**Tabelle 10: Art der üblicherweise aufgesuchten Behandlung**

	<b>Alle Kliniken</b> n (%)	<b>Kampô/CM</b> n (%)	<b>Integrativ</b> n (%)	<b>Kampô</b> n (%)	<b>Konven- tionell</b> n (%)	<b>p-Wert</b>
<b>Konventionelle Medizin</b>	195 (43,4)	25 (27,8)	44 (37,6)	34 (27,9)	92 (76,7)	<0,001
<b>Kampô</b>	53 (11,8)	18 (20)	9 (7,7)	20 (16,4)	6 (5,0)	<0,001
<b>Konventionelle Medizin u. Kampô in Kombination</b>	201 (44,8)	47 (52,2)	64 (54,7)	68 (55,7)	22 (18,3)	<0,001

## 4.6 Wahl der Klinik

Der Grund der Vorstellung in der jeweiligen Klinik ist Abbildung 2 zu entnehmen.



**Abbildung 2: Grund der Vorstellung in der jeweiligen Klinik**

Als Grund der Wahl einer Klinik wurden im Freitextfeld weiterhin Wunsch nach spezieller Therapie mit Kampô (36 Nennungen), Medien/Internet (24), örtliche Nähe (14), Empfehlungen von Familienangehörigen oder Bekannten (2) oder sonstiges (40) angegeben. (Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der Nennungen, Mehrfachnennungen waren möglich.)

## 4.7 Ansichten über Gesundheit und Verhalten im alltäglichen Leben

Die Ansichten über Gesundheit und Verhalten im alltäglichen Leben sind Tabelle 11 auf S. 40 zu entnehmen.

**Tabelle 11: Ansichten über Gesundheit und Verhalten im alltäglichen Leben**

Aussage	Alle Kliniken			Kampô/CM			Integrativ			Kampô			Konventionell			p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med		
Ich informiere mich regelmäßig in Zeitungen, Zeitschriften oder Büchern über Gesundheitsthemen.	3,71	1,11	4	3,75	1,15	4	3,66	0,99	4	3,96	1,06	4	3,49	1,20	4	0,008	2/4, 3/4
Ich höre aufmerksam zu, wenn in TV und Radio Informationen über Gesundheit gebracht werden.	3,59	1,11	4	3,76	1,05	4	3,44	1,00	3	3,88	1,06	4	3,36	1,21	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Wenn ich eine Werbung über mir unbekannte Kampô-Medikamente sehe, frage ich meinen Arzt nach diesen Präparaten.	2,30	1,18	2	2,71	1,16	3	2,18	1,12	2	2,52	1,20	2	1,94	1,11	2	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung.	3,90	1,04	4	4,10	1,00	4	3,67	1,04	4	4,14	0,91	4	3,77	1,11	4	<0,001	1/2, 2/3, 3/4
Ich passe die Ernährung meiner körperlichen Konstitution an.	3,82	1,01	4	3,89	0,97	4	3,67	0,95	4	4,06	0,97	4	3,71	1,09	4	0,003	2/4, 3/4
Ich achte darauf, dass Nahrung keine Geschmacksverstärker oder Konservierungsstoffe enthält.	3,55	1,16	3	3,70	1,11	4	3,39	1,03	3	3,82	1,09	4	3,36	1,30	3	0,001	1/2, 2/3, 3/4

Aussage	Alle Kliniken			Kampô/CM			Integrativ			Kampô			Konventionell			p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med		
Ich achte darauf, dass ich mich ohne tierische Produkte ernähre.	2,75	1,13	3	2,82	1,05	3	2,64	1,06	3	2,88	1,22	3	2,71	1,15	3	0,365	
Ich kaufe biologisch erzeugte Produkte.	3,12	1,18	3	3,29	1,13	3	2,98	1,15	3	3,41	1,20	3	2,90	1,17	3	0,002	1/4, 2/3, 3/4
Ich bitte den Arzt oder den Apotheker, mir die verordneten Medikamente zu erklären.	3,48	1,11	4	3,65	1,01	4	3,44	0,97	3	3,75	1,16	4	3,18	1,18	3	<0,001	1/4, 2/3, 3/4
Ich frage den Arzt/ Apotheker über die Nebenwirkungen der verordneten Medikamente.	3,36	1,14	3	3,53	1,10	4	3,25	0,95	3	3,76	1,09	4	2,99	1,24	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Es ist nicht gut, synthetisch hergestellte Medikamente über einen langen Zeitraum einzunehmen.	3,54	1,07	3	3,58	1,10	3	3,42	0,99	3	3,87	1,08	4	3,32	1,07	3	<0,001	1/3, 2/4, 3/4
Ich achte auf den buddhistischen Kalender.	2,27	1,23	2	2,21	1,10	2	2,40	1,23	2	2,19	1,29	2	2,25	1,25	2	0,432	
Die Regierung sollte mehr für den Umweltschutz tun.	3,99	0,98	4	3,99	0,92	4	3,88	0,89	4	4,12	1,03	4	3,97	1,03	4	0,069	2/3
Der Kampf gegen die globale Erwärmung hat größte Priorität.	4,05	1,03	4	4,12	1,02	4	3,93	1,01	4	4,13	1,07	4	4,03	1,01	4	0,155	2/3
Ich bemühe mich, nicht krank zu werden.	3,96	0,98	4	3,91	1,05	4	3,82	0,92	4	4,15	0,97	4	3,96	0,99	4	0,013	2/3

MW: Mittelwert, SD: Standarddeviation, Med: Median, sign.: signifikante

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen, \*\* Kliniknummerierung: 1: Kampô/CM, 2: Integrativ, 3: Kampô, 4: Konventionelle Medizin

## 4.8 Präventives Verhalten

Die Maßnahmen, die Patienten ergriffen, um einer Krankheit vorzubeugen, konnten in einem Freitextfeld eingetragen werden. Diese Äußerungen wurden in verschiedene Kategorien eingeordnet und die Anzahl manuell ausgezählt. Bewegung, Ernährung, Stress vermeiden und ausreichender bzw. regelmäßiger Schlaf waren die am häufigsten genannten (s. Tabelle 12).

**Tabelle 12: Maßnahmen der Patienten zur Prävention von Erkrankungen**

	<b>Alle Kliniken</b>	<b>Kampô / CM</b>	<b>Integrativ</b>	<b>Kampô</b>	<b>Konventionell</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Bewegung</b>	175 (35)	31 (33,3)	37 (27,2)	50 (40,0)	57 (39,0)
<b>Ernährung</b>	164 (32,8)	36 (38,7)	36 (26,5)	60 (48,0)	32 (21,9)
<b>Schlaf</b>	60 (12,0)	8 (8,6)	10 (7,4)	26 (20,8)	16 (11,0)
<b>Stress</b>	23 (4,6)	5 (5,4)	4 (2,9)	10 (8,0)	4 (2,7)
<b>Sonstige</b>	100 (20,0)	13 (14,0)	26 (19,1)	37 (29,6)	24 (16,4)

Beachte dazu: Da mehrere Nennungen möglich waren, und die Angaben in Prozent der eingeschlossenen Patienten errechnet wurden, werden in der Addition der Prozente > 100 % erreicht.

Relativ oft wurden des Weiteren ein geregelter Lebenswandel und hygienische Maßnahmen wie Hände waschen und Gurgeln genannt. (Die meisten Japaner gurgeln beim Nachhause-Kommen zur Desinfektion des Rachenraumes. Die Vorstellung dabei ist, dass der sie umgebende Staub/Dreck ausgespült wird und so Krankheiten vermieden werden können.)

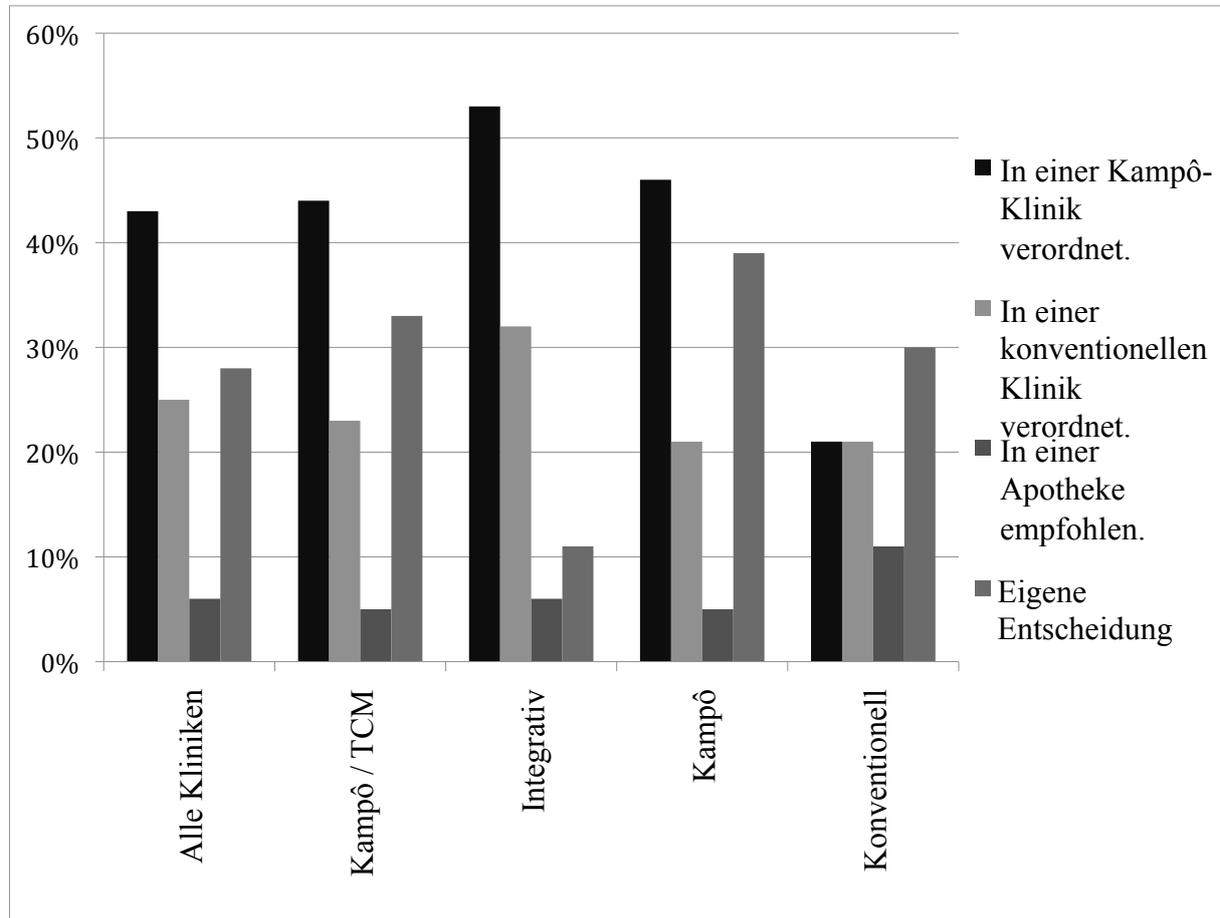
## 4.9 Vorerfahrung mit Kampô

Insgesamt 72% der Patienten gaben an, dass sie bereits einmal Erfahrungen mit Kampô gemacht haben. Dabei waren es in den Kliniken, die sich auf Kampô spezialisierten, mehr Patienten mit einer Kampô-Medikation in der Vergangenheit (Kampô/CM-Klinik 91%, integrative Klinik 75%, in der Kampô-Klinik 88% und konventionelle Klinik 46%). Die Hälfte dieser Patienten (49%) mit Vorerfahrungen hatte chronische Erkrankungen.

Aktuell nahmen 63,7% der Patienten Kampô-Medikamente ein. (Kampô/CM-Klinik 72%, integrative Klinik 36%, Kampô-Klinik 69% und konventionelle Klinik 10%). Diejenigen, die Kampô in der Vergangenheit verwendet hatten, hatten es im Mittel 5,3 Jahre (SD  $\pm$  7,1) zuvor angewendet (Kampô/CM-Klinik im Mittel 2,8 Jahre (SD  $\pm$  2,9), integrative Klinik im Mittel

3,2 Jahre (SD  $\pm$  4,9), Kampô-Klinik im Mittel 7,3 Jahre (SD  $\pm$  9,9) und konventionelle Klinik im Mittel 5,3 Jahre (SD  $\pm$  7,08)).

Eine Darstellung der Orte, an denen die Patienten die Kampô-Präparate erhalten haben bzw. ob sie eine Einnahme selbst bestimmten, zeigt Abbildung 3.



**Abbildung 3: Ort des Erhalts von Kampô-Medikamenten**

Die Patienten hatten Kampô zumeist wegen einer Erkältung (34%) angewendet, gefolgt von Magen- und Darmbeschwerden (29%) sowie Überempfindlichkeit gegen Kälte (26%) und Schulterverspannung (19%). Auch bei Stress oder Angsterkrankungen, gynäkologischen Erkrankungen und Allergien wurde es oft verwendet (siehe Tabelle 13, S. 44).

Diese Ergebnisse waren für Magen- und Darmbeschwerden sowie Überempfindlichkeit gegen Kälte und Allergien statistisch signifikant. Dabei unterschieden sich in mehreren Nennungen besonders die Kampô-Klinik sowie die Kampô/CM-Klinik von der konventionellen Klinik. Auch bei den Patienten in der Klinik mit konventioneller Medizin war Kampô zumeist bei Erkältungen eingesetzt worden.

**Tabelle 13: Einsatz von Kampô-Medikamenten zur Therapie**

<b>Erkrankung/Symptom</b>	<b>Alle Kliniken</b> n (%)	<b>Kampô/CM</b> n (%)	<b>Integrativ</b> n (%)	<b>Kampô</b> n (%)	<b>Konventionell</b> n (%)	<b>p-Wert*</b>	<b>sign. Unterschiede zw. Kliniken**</b>
<b>Schulterverspannung</b>	69 (19,3)	24 (28,2)	13 (13,0)	22 (20,8)	10 (15,2)	0,051	1/2
<b>Rückenschmerzen</b>	34 (9,5)	12 (14,1)	4 (4,0)	16 (15,1)	2 (3,0)	0,005	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
<b>Muskuläre Erkrankung</b>	19 (5,3)	8 (9,4)	4 (4,0)	6 (5,7)	1 (1,5)	0,165	1/4
<b>Rheumatische Erkrankung</b>	9 (2,5)	3 (3,5)	3 (3,0)	2 (1,9)	1 (1,5)	0,828	
<b>Neuralgie</b>	16 (4,5)	7 (8,2)	4 (4,0)	5 (4,7)		0,113	1/4
<b>Kopfschmerzen/Migräne</b>	45 (12,6)	16 (18,8)	12 (12,0)	10 (9,4)	7 (10,6)	0,238	
<b>Allergie</b>	53 (14,8)	11 (12,8)	16 (16,0)	22 (20,8)	4 (6,1)	0,063	3/4
<b>Heuschnupfen</b>	48 (13,4)	15 (17,6)	11 (11,0)	17 (16,0)	5 (7,6)	0,224	
<b>Dermatologische Erkrankung</b>	34 (9,6)	7 (8,2)	1 (1,0)	20 (18,9)	6 (9,1)	<0,001	1/2, 1/3, 2/3, 3/4
<b>Überempfindlichkeit gegenüber Kälte</b>	92 (25,8)	29 (34,5)	17 (17,0)	38 (35,8)	8 (12,1)	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
<b>Erkältung</b>	121 (34,0)	29 (34,1)	38 (38,0)	38 (36,2)	16 (24,2)	0,291	
<b>Bronchitis</b>	24 (6,7)	4 (4,7)	8 (8,0)	8 (7,5)	4 (6,1)	0,808	
<b>Asthma</b>	20 (5,6)	8 (9,4)	5 (5,0)	6 (5,7)	1 (1,5)	0,213	1/4
<b>Lungenentzündung</b>	6 (1,7)	2 (2,4)	1 (1,0)	2 (1,9)	1 (1,5)	0,908	
<b>Hoher Blutdruck</b>	12 (3,4)	3 (3,5)	5 (5,0)	3 (2,8)	1 (1,5)	0,655	

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken	Kampô/CM	Integrativ	Kampô	Konventionell	p-Wert*	sign. Unter- schie- de zw. Kliniken**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Niedriger Blutdruck	9 (2,5)	3 (3,5)	2 (2,0)	4 (3,8)		0,416	
Anämie	15 (4,2)	5 (5,9)	6 (6,0)	2 (1,9)	2 (3,0)	0,386	
Gynäkologische Erkrankung	61 (17,1)	13 (15,3)	18 (18,0)	22 (20,8)	8 (12,1)	0,492	
Blasenentzündung	18 (5,0)	6 (7,1)	5 (5,0)	7 (6,6)		0,190	1/4
Übergewicht	12 (3,4)	2 (2,4)	4 (4,0)	3 (2,8)	3 (4,5)	0,857	
Diabetes	8 (2,2)	1 (1,2)	1 (1,0)	3 (2,8)	3 (4,5)	0,406	
Nierenerkrankung	10 (2,8)	3 (3,5)	1 (1,0)	6 (5,7)		0,092	3/4
Krebs/bösartige Erkrankung	5 (1,4)	1 (1,2)		4 (3,8)		0,082	2/3
Magengeschwür	6 (1,7)	1 (1,2)	1 (1,0)	3 (2,8)	1 (1,5)	0,736	
Magen- und Darmbeschwerden	102 (28,6)	23 (27,1)	24 (24,0)	41 (38,7)	14 (21,1)	0,042	2/3, 3/4
Stress/Angsterkrankung	65 (18,3)	18 (21,4)	21 (21,0)	21 (19,8)	5 (7,6)	0,098	1/4, 2/4, 3/4
Depression	14 (3,9)	2 (2,4)	6 (6,0)	5 (4,7)	1 (1,5)	0,408	
Abhängigkeit (Alkohol/Drogen/andere)	1 (0,3)	1 (1,2)				0,361	
Schlafstörungen	38 (10,7)	10 (11,8)	12 (12,0)	13 (12,3)	3 (4,6)	0,380	

sign.: signifikante

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen, \*\* Kliniknummerierung: 1: Kampô/CM, 2: Integrativ, 3: Kampô, 4: Konventionelle Medizin

### 4.10 Wissen über die Hintergründe von Kampô

Die Patienten schätzen ihr Wissen über die Kampô-Diagnose und Therapie nur als mittelmäßig ein (Abbildung 4).

Der Mittelwert lag in der Kampô-Klinik am höchsten (2,9 (SD ± 0,89)), gefolgt von der Kampô/CM-Klinik (2,8 (± 0,83)) und der integrativen Klinik (2,3 (± 0,85)). Die Patienten der konventionellen Klinik wiesen den geringsten Mittelwert auf (2,1 (± 0,83)). Kein einziger Patient dieser Klinik schätzte sein Wissen als „sehr gut“ ein.

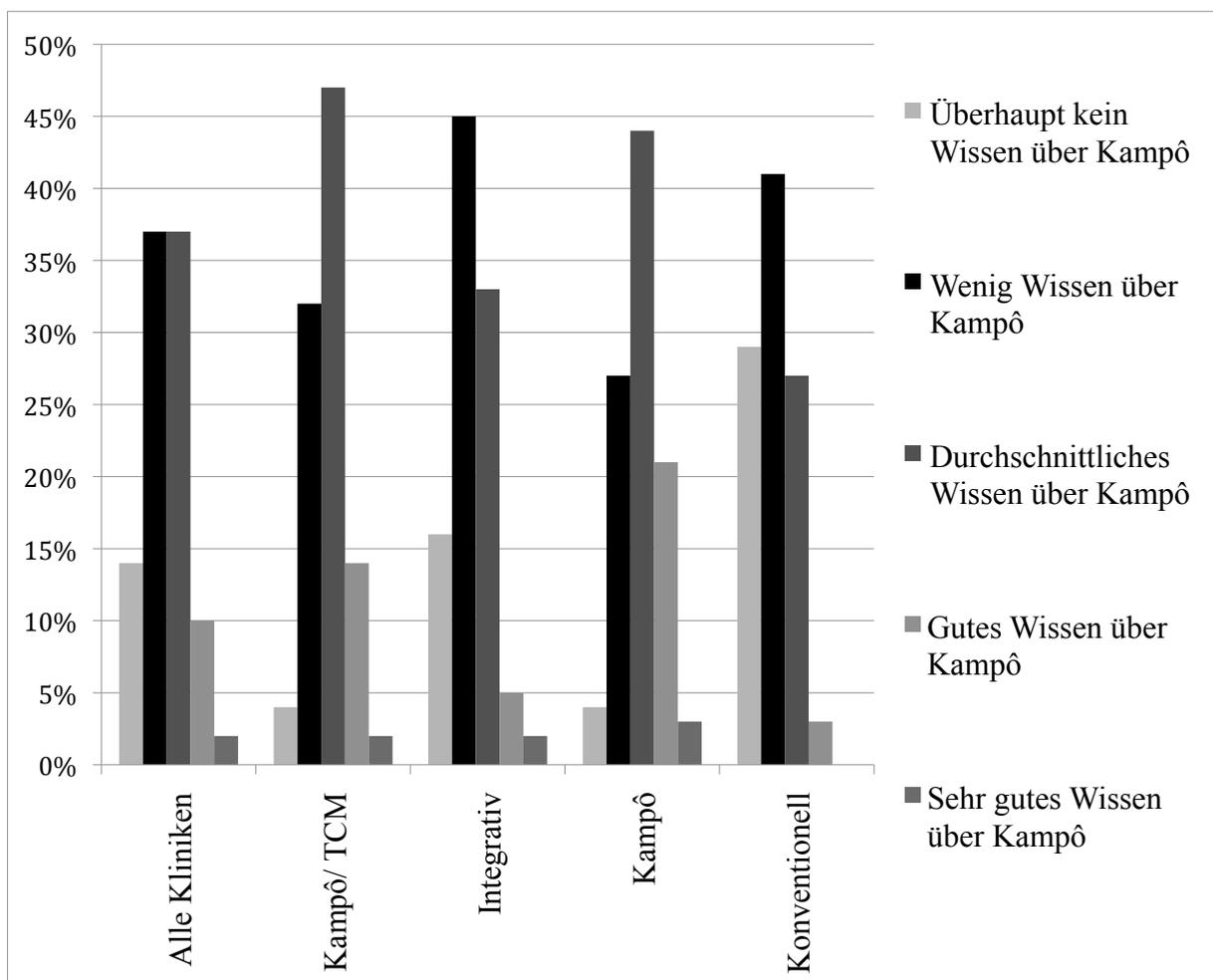


Abbildung 4: Selbsteinschätzung des Wissens über Kampô

### 4.11 Ansichten über Kampô und die konventionelle Medizin

Die Effektivität der konventionellen Medizin wurde von allen Patienten als gut bewertet. Auffällig die Unterschiede bei Zufriedenheit mit der konventionellen Medizin: Die Patienten der konventionellen Klinik waren zufriedener mit der konventionellen Medizin und waren weniger der Meinung, dass die konventionelle Medizin Nebenwirkungen habe. Weiterhin

schätzten die Patienten der konventionellen Klinik den Effekt von Kampô geringer ein, fanden die Einnahme mühsamer und fanden weniger, dass Kampô die Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviere.

Die Patienten der Kampô/CM- und der Kampô-Klinik waren zufriedener mit Kampô, empfanden tendenziell mehr, dass Kampô den ganzen Menschen sieht und meinten mehr als die Patienten der beiden anderen Kliniken, dass Kampô in Zukunft noch weiter verbreitet sein werde. Ausserdem machten diese Patienten eher die fehlende Balance des Körpers als Ursache für Erkrankungen verantwortlich. Sie empfanden die Kampô-Medizin nicht als unmodern. Die Patienten der Kampô-Klinik in Tokio fanden eher, dass Kampô eine japanische Heilmethode und gerade daher angemessen für Japaner sei.

Die Patienten der drei Kliniken, die Kampô verordneten, empfanden Kampô als natürliche Heilmethode im Gegensatz zu den Patienten der konventionellen Klinik, waren zudem eher der Überzeugung, dass Kampô die Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviere und fanden Kampô effektiv. Diese Patienten waren weniger zufrieden mit der konventionellen Medizin und fanden, dass die konventionelle Medizin unangenehme Nebenwirkungen habe.

Die Ergebnisse im einzelnen zeigt Tabelle 14, S. 48. Die Antworten der Patienten unterschieden sich am häufigsten in der Kampô-Klinik und der integrativen Klinik sowie der Kampô-Klinik und der konventionellen Klinik.

Alle Ergebnisse außer den Aussagen dazu, ob man in einer Kampô-Klinik einfacher einen Termin bekommt, zur Unterschiedlichkeit der Philosophie und zur Zustimmung zum Yin/Yang-System sowie der Fünf-Elemente-Lehre waren statistisch signifikant. Besonders häufig waren signifikante Unterschiede zwischen der integrativen Klinik zur Kampô/CM-Klinik und zur konventionellen Klinik.

**Tabelle 14: Ansichten zu Kampô und konventioneller Medizin**

Aussage	Alle Kliniken			Kampô/CM			Integrativ			Kampô			Konventionell			p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med		
Die konventionelle Medizin ist effektiv.	3,82	0,81	4	3,83	0,79	4	3,69	0,82	4	3,98	0,82	4	3,80	0,77	4	0,012	2/3, 3/4
Ich bin mit der konventionellen Medizin zufrieden.	3,39	0,83	3	3,26	0,91	3	3,39	0,75	3	3,25	0,87	3	3,61	0,78	4	0,003	1/4, 2/4, 3/4
Die konventionelle Medizin hat unangenehme Nebenwirkungen.	3,70	0,85	4	3,76	0,79	4	3,64	0,83	4	3,93	0,93	4	3,49	0,79	3	<0,001	1/4, 2/3, 3/4
Ein konventionell praktizierender Arzt nimmt sich nicht ausreichend Zeit für den Patienten.	3,32	0,90	3	3,21	0,98	3	3,37	0,83	3	3,53	0,87	3	3,15	0,90	3	0,005	1/3, 2/3, 3/4
Es ist schwierig, einen konventionell praktizierenden Arzt anzusprechen.	3,02	0,98	3	2,98	0,98	3	2,96	1,00	3	3,27	1,02	3	2,89	0,91	3	0,011	1/3, 2/3, 3/4
Ein konventionell praktizierender Arzt hört nicht richtig zu.	2,99	1,04	3	3,00	1,23	3	2,88	0,98	3	3,36	1,01	3	2,75	0,88	3	<0,001	1/3, 2/3, 3/4
Kampô- Medikamente haben keine Nebenwirkungen.	2,80	0,93	3	2,85	0,94	3	2,94	0,88	3	2,46	1,02	3	2,96	0,81	3	<0,001	1/3, 2/3, 3/4
Kampô ist effektiv.	3,76	0,80	4	3,98	0,72	4	3,65	0,72	4	4,05	0,79	4	3,43	0,79	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4

Aussage	Alle Kliniken			Kampô/CM			Integrativ			Kampô			Konventionell			P-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med		
Ich bin mit Kampô zufrieden.	3,60	0,85	4	3,91	0,83	4	3,52	0,73	3	3,92	0,88	4	3,15	0,74	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Kampô ist unmodern.	2,02	1,06	2	1,90	1,15	1	2,05	0,93	2	1,65	0,97	1	2,44	1,04	3	<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Kampô sieht den ganzen Menschen.	3,79	0,94	4	4,24	0,87	4	3,48	0,79	3	4,25	0,90	4	3,33	0,81	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Kampô wird in Zukunft noch weiter verbreitet werden.	3,96	0,87	4	4,30	0,85	5	3,76	0,72	4	4,37	0,80	5	3,54	0,81	4	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Da Kampô japanischen Ursprungs ist, ist es die adäquate Behandlung für Japaner.	3,34	1,02	3	3,44	1,10	3	3,22	0,87	3	3,50	1,23	4	3,24	0,87	3	0,015	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Kampô ist verglichen zur konventionellen Medizin eine weitaus natürlichere Therapieform.	3,94	0,79	4	4,14	0,81	4	3,90	0,73	4	4,24	0,76	4	3,55	0,72	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Essen, das mit Kampozusätzen zubereitet wurde, ist gut für den Körper.	3,95	0,78	4	4,01	0,89	4	3,88	0,76	4	4,09	0,70	4	3,84	0,78	4	0,046	2/3, 3/4
Kampô ist nur bei bestimmten Erkrankungen effektiv.	2,78	1,00	3	2,70	1,30	3	2,86	0,82	3	2,57	1,05	3	2,96	0,82	3	0,001	1/4, 2/3, 3/4
Es ist einfacher, einen Termin bei einer Kampô-	2,96	0,77	3	2,90	0,95	3	3,01	0,47	3	2,96	0,97	3	2,96	0,65	3	0,753	

Aussage	Alle Kliniken			Kampô/CM			Integrativ			Kampô			Konventionell			p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med		
Klinik als bei einer konventionellen Klinik zu bekommen.																	
Die Einnahme von Kampô-Medikamenten ist mühsam.	2,21	1,11	2	2,17	1,24	2	2,20	1,06	2	1,87	1,06	1,5	2,57	1,00	3	<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Es ist wichtig, den Patienten ganzheitlich zu sehen.	4,40	0,91	5	4,55	0,86	5	4,24	0,98	5	4,63	0,71	5	4,22	0,98	5	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Krankheiten entstehen dadurch, dass das Gleichgewicht des Körpers gestört ist.	4,36	0,77	5	4,49	0,71	5	4,24	0,77	4	4,59	0,61	5	4,18	0,88	4	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Kampô hilft, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren.	3,95	0,88	4	4,25	0,96	4	3,69	0,76	4	4,39	0,65	4	3,57	0,86	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Kampô hat eine komplett andere Philosophie als die konventionelle Medizin.	3,28	0,86	3	3,34	0,92	3	3,28	0,72	3	3,36	1,01	3	3,17	0,78	3	0,153	3/4
Ich finde die Lehre von Yin und Yang zutreffend.	3,59	0,88	4	3,64	0,87	4	3,47	0,86	3	3,69	0,94	4	3,47	0,80	4	0,581	
Ich finde die Fünf-Elemente-Lehre zutreffend.	3,55	0,93	3	3,59	0,87	3	3,41	1,12	3	3,58	0,97	3	3,62	0,52	4	0,896	

MW: Mittelwert, SD: Standarddeviation, Med: Median, sign.: signifikante

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen, \*\* Kliniknummerierung: 1: Kampô/CM, 2: Integrativ, 3: Kampô, 4: Konventionelle Medizin

#### 4.12 Assoziation von Einstellungen und Meinungen zur konventionellen Medizin und zu Kampô mit der Anwendung von Kampô

Der Zusammenhang von Einstellungen und Meinungen zur konventionellen Medizin und zu Kampô mit der Anwendung von Kampô wurde jeweils anhand eines einfachen und eines multiplen logistischen Regressionsmodells berechnet. Als Adjustierungsvariablen im multiplen Modell gingen die Klinik, das Geschlecht des Patienten sowie das Vorhandensein chronischer Erkrankungen ein. Psychische Erkrankungen wurden nicht einzeln berücksichtigt, da sie größtenteils bereits über die chronischen Erkrankungen miterfasst waren.

Es zeigte sich, dass die Anwender von Kampô im Vergleich zu den Nicht-Anwendern Kampô mehr Effekt zusprachen und zufriedener mit der Kampô-Therapie waren. Sie waren aber nicht von den behandelnden Ärzten an sich enttäuscht, sondern sprachen sogar der konventionellen Medizin mehr Effekt zu als die Nicht-Kampô-Anwender. Die Anwender von Kampô fanden die Einnahme von Kampô-Medikamenten weniger mühsam und waren deutlich seltener der Ansicht, dass Kampô unmodern ist. Sie vertraten häufiger die Meinung, dass durch Kampô die Selbstheilungskräfte aktiviert werden und dass es wichtig ist, den Patienten ganzheitlich zu sehen. Ebenso fanden sie sowohl die Lehre von Yin und Yang als auch tendenziell die Fünf-Elemente-Lehre zutreffender. Weiterhin waren sie zu einem größeren Anteil der Meinung, dass Kampô in Zukunft noch weiter verbreitet sein würde.

Alle Ergebnisse zum Zusammenhang von Einstellungen und Meinungen zur konventionellen Medizin und zu Kampô mit der Anwendung von Kampô finden sich in Tabelle 15.

**Tabelle 15: Assoziation von Einstellungen und Meinungen mit der Kampô-Anwendung**

	<b>OR (95% KI)</b>	<b>Adjustiertes OR (95% KI)</b>
Die konventionelle Medizin ist effektiv.	1,55 (1,19 – 2,03)	1,73 (1,27 – 2,37)
Ich bin mit der konventionellen Medizin zufrieden.	0,96 (0,75 – 1,24)	1,31 (0,98 – 1,76)
Die konventionelle Medizin hat unangenehme Nebenwirkungen.	1,42 (1,10 – 1,82)	1,17 (0,88 – 1,57)
Ein konventionell praktizierender Arzt nimmt sich nicht ausreichend Zeit für den Patienten.	1,37 (1,08 – 1,74)	1,24 (0,94 – 1,62)
Es ist schwierig, einen konventionell praktizierenden Arzt anzusprechen.	1,02 (0,82 – 1,26)	0,89 (0,69 – 1,13)
Ein konventionell praktizierender Arzt hört nicht richtig zu.	1,06 (0,86 – 1,31)	0,84 (0,65 – 1,08)
Kampô-Medikamente haben keine Nebenwirkungen.	0,88 (0,70 – 1,10)	0,99 (0,75 – 1,29)

	OR (95% KI)	Adjustiertes OR (95% KI)
Kampô ist effektiv.	3,11 (2,23 – 4,34)	2,40 (1,69 – 3,41)
Ich bin mit Kampô zufrieden.	3,07 (2,21 – 4,28)	2,25 (1,59 – 3,19)
Kampô ist unmodern.	0,56 (0,45 – 0,69)	0,65 (0,51 – 0,82)
Kampô sieht den ganzen Menschen.	2,23 (1,71 – 2,90)	1,60 (1,18 – 2,15)
Kampô wird in Zukunft noch weiter verbreitet sein.	2,21 (1,69 – 2,89)	1,59 (1,17 – 2,17)
Da Kampô japanischen Ursprungs ist, ist es die adäquate Behandlung für Japaner.	1,14 (0,93 – 1,40)	1,06 (0,83 – 1,36)
Kampô ist verglichen zur konventionellen Medizin eine weitaus natürlichere Therapieform.	1,91 (1,44 – 2,54)	1,32 (0,95 – 1,83)
Essen, das mit Kampôzusätzen zubereitet wurde, ist gut für den Körper.	1,57 (1,19 – 2,07)	1,42 (1,03 – 1,95)
Kampô ist nur bei ganz bestimmten Erkrankungen effektiv.	0,78 (0,63 – 0,96)	0,81 (0,63 – 1,05)
Es ist einfacher, einen Termin bei einer Kampô-Klinik als bei einer konventionellen Klinik zu bekommen.	0,97 (0,73 – 1,29)	0,97 (0,67 – 1,39)
Die Einnahme von Kampô-Medikamenten ist mühsam.	0,62 (0,51 – 0,76)	0,70 (0,56 – 0,88)
Es ist wichtig, den Patienten ganzheitlich zu sehen.	1,53 (1,23 – 1,91)	1,33 (1,03 – 1,72)
Krankheiten entstehen dadurch, dass das Gleichgewicht des Körpers gestört ist.	1,63 (1,25 – 2,13)	1,27 (0,94 – 1,71)
Kampô hilft, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren.	2,13 (1,60 – 2,82)	1,50 (1,09 – 2,07)
Kampô hat eine komplett andere Philosophie als die konventionelle Medizin.	1,20 (0,93 – 1,55)	1,06 (0,79 – 1,44)
Ich finde die Lehre von Yin und Yang zutreffend.	2,01 (1,11 – 3,65)	3,17 (1,31 – 7,71)
Ich finde die Fünf-Elemente-Lehre zutreffend.	2,16 (0,98 – 4,74)	2,76 (0,98 – 7,80)

KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

#### 4.13 Präferenzen bei der Therapie

Die Patienten wurden zu ihren Präferenzen befragt, welche Therapieform sie bei bestimmten Erkrankungen für geeigneter hielten. In einer Liste mit insgesamt 29 Erkrankungen und Symptomen konnte angekreuzt werden, ob eine Therapie mit Kampô, mit konventioneller Medizin oder in Kombination präferiert wird. Außerdem war als Antwortoption „ich weiß nicht“ vorgegeben.

Es stellte sich heraus, dass bei vier von 29 Erkrankungen die Präferenz der Patienten bei einer alleinigen Kampô-Therapie lag. Dies waren vor allem Beschwerden oder Erkrankungen, die entweder nicht mit der konventionellen Medizin bzw. ihren Vorstellungen zu fassen sind oder für die es (noch) keinen Therapieansatz gibt. Es wurden Überempfindlichkeit gegenüber Kälte (56%), Schulterverspannung (35%), Magen-Darmbeschwerden (i.S. von „der Magen-Darm-Trakt arbeitet nicht richtig“ (34%) und Übergewicht (28%) genannt. Die alleinige Kampô-Therapie wurde dabei von Patienten der Kampô-Kliniken fast doppelt so häufig bei den Diagnosen Überempfindlichkeit gegenüber Kälte und Schulterverspannung empfohlen.

Eine alleinige Behandlung mit konventioneller Medizin wird von den Patienten für eine Lungenentzündung (35%) empfohlen. Hier waren sich die Patienten der unterschiedlichen Kliniken relativ einig. Weiterhin wurde häufiger eine konventionelle Therapie zur Behandlung von bösartigen Erkrankungen (27%), Magengeschwüren (22%) und Blasenentzündungen (22%) empfohlen.

Eine Kombinationstherapie aus Kampô und konventioneller Medizin war für die meisten Erkrankungen am beliebtesten. Die sechs am häufigsten genannten Diagnosen für eine Kombinationstherapie waren Erkältung (40%), Asthma (38%), Depression (37%), Bronchitis (37%), Stress/Angsterkrankung (36%) und hoher Blutdruck (29%). Hier unterschieden sich jedoch die Meinungen in den Kliniken hinsichtlich der Behandlung der Erkrankungen mit einer Kombinationstherapie. Bei vorgenannten Erkrankungen empfahlen die Patienten der spezialisierten Kampô-Kliniken fast doppelt so häufig eine Kombinationstherapie. Auch die Patienten der integrativen Klinik empfahlen eine Kombinationstherapie weitaus häufiger als die Patienten der konventionellen Klinik.

Mit Ausnahme der Antworten bei Diabetes und bösartiger Erkrankung/Krebs waren die Ergebnisse statistisch signifikant. Dabei unterschieden sich in mehreren Nennungen besonders die Kampô-Klinik sowie die Kampô/CM-Klinik von der konventionellen Klinik. Die ausführlichen Ergebnisse finden sich im Anhang in Tabelle 18, S. 102.

#### **4.14 Gründe für die Nutzung von Kampô**

Die Anwender von Kampô gaben als Gründe für die Anwendung von Kampô die Empfehlung eines Arztes und weniger Nebenwirkungen an. Sie empfanden die Kampô-Therapie für ihre Erkrankung als wirksamer als die konventionelle Medizin. Weiterhin war ihnen die Ganzheitlichkeit und Natürlichkeit wichtig.

Bei den Patienten der Kampô-Klinik führte die Enttäuschung von der konventionellen Medizin zur Benutzung von Kampô. Der finanzielle Aspekt war ihnen am wenigsten wichtig. Die Patienten der konventionellen Klinik scheinen im Gegenteil dazu die konventionelle Medizin für ausreichend zu halten. Die Erklärung der Erkrankung durch den Kampô-Arzt überzeugte am ehesten die Patienten der Kampô/CM- und der Kampô-Klinik.

Dabei unterschieden sich vor allem die Aussagen der Patienten der integrativen Klinik von denen der konventionellen Klinik, und die Patienten der Kampô-Klinik von denen der konventionellen Klinik. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 auf S. 56 dargestellt.

#### **4.15 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Kampô**

Für alle Kliniken zeigte sich, dass diejenigen Patienten, die noch kein Kampô benutzten, es im Falle, dass es zukünftig notwendig werden sollte, gebrauchen wollten. Enttäuschung über eine früher verwendete Kampô-Therapie und fehlende antizipierte Effektivität war weniger der Grund für die Nicht-Inanspruchnahme .

Signifikante Unterschiede zeigten sich bei den Nicht-Nutzern vor allem zwischen der Kampô/CM-Klinik, der integrativen Klinik und der konventionellen Klinik, ebenso zwischen der Kampô-Klinik und der konventionellen Klinik. Des Weiteren erreichte die Antwort, dass die Einnahme von Kampô-Präparaten umständlich sei, einen signifikanten Unterschied zwischen der Kampô/CM-Klinik und der integrativen Klinik sowie der konventionellen Klinik (s. Tabelle 17, S. 58).

#### **4.16 Rücklauftrate und Qualität der Daten**

In der Kampô/CM-Klinik lag die Rücklauftrate bei 73%. In der integrativen Klinik war sie 52%. Wesentlich niedriger lag die Teilnahmebereitschaft in der Kampô-Klinik, wo es keine Anmeldung gab und die Fragebögen im Wartezimmer auslagen. Hier haben von 988 Patienten, die in diesem Zeitraum die Klinik aufsuchten, nur 125 (13%) die Fragebögen beantwortet. In der konventionellen Klinik wurden von 723 Patienten 176, die sich direkt an die Anmeldung wendeten, angesprochen. 30 Patienten lehnten ab, die restlichen Patienten füllten die Fragebögen aus (83%).

Die Abschnitte des Fragebogens E und F mit Ansichten über konventionelle Medizin und Kampô und Ansichten zur Wirksamkeit einer Therapie bei bestimmten Erkrankungen sowie zu den Gründen für eine Kampô-Nutzung oder eine Nicht-Inanspruchnahme (6,0–13,0%) und

die Frage zur Art der üblicherweise aufgesuchten Behandlung wurden überdurchschnittlich oft nicht beantwortet (10,2%). Besonders häufig haben die Patienten der konventionellen Klinik nicht auf die Fragen der Abschnitte E und F geantwortet (8,2–21,2%). Die höchste Rate an fehlenden Daten gab es im zweiten Teil von Abschnitt E mit 6,5–19,2% und im zweiten Teil von Abschnitt F mit 3,2–21,2%. Insgesamt lag die Rate an fehlenden Daten in einem Bereich von 0,7% bis 21,2%.

**Tabelle 16: Gründe für die Nutzung von Kampô**

Aussage	Alle Kliniken			Kampô/CM			Integrativ			Kampô			Konventionell			p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med	MW	STD	Med		
Ein Arzt hat es verordnet (empfohlen).	3,82	1,44	4	4,08	1,29	5	4,31	1,06	5	3,38	1,62	4	3,38	1,47	3,5	<0,001	1/3, 1/4, 2/3, 2/4
Bei meiner Erkrankung wirkt Kampô besser als die konventionelle Medizin.	3,82	0,99	4	4,10	0,91	4	3,49	0,88	3	3,97	0,98	4	3,20	1,08	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Bei meiner Erkrankung ist eine Behandlung mit Kampô billiger als eine konventionelle Therapie.	2,42	1,02	3	2,43	1,02	3	2,68	0,93	3	2,19	1,08	2	2,67	0,76	3	0,004	2/3, 3/4
Familie/Freunde haben mir Kampô empfohlen.	2,66	1,57	3	2,50	1,84	2	2,52	1,33	3	2,79	1,55	3	3,00	1,32	3	0,160	
Kampô sieht den ganzen Menschen.	4,09	0,92	4	4,27	0,91	5	3,56	0,77	3	4,43	0,77	5	3,56	1,08	3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Kampô hat weniger Nebenwirkungen.	3,80	1,01	4	3,86	1,09	4	3,80	0,96	4	3,86	0,96	4	3,35	1,09	3	0,188	
Die Therapie mit Kampô ist viel natürlicher als eine konventionelle Behandlung.	4,03	0,94	4	4,14	0,97	4	3,77	0,82	4	4,23	0,86	4	3,54	1,18	3,5	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Eine frühere konventionelle Therapie war sehr anstrengend.	2,60	1,33	3	2,60	1,27	3	2,36	1,32	2	2,78	1,41	3	2,48	1,12	3	0,218	2/3

Aussage	Alle Kliniken	Kampô/CM	Integrativ	Kampô	Konventionell	p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW STD Med	MW STD Med	MW STD Med	MW STD Med	MW STD Med		
Ich bin von der konventionellen Medizin enttäuscht und möchte viele verschiedene Therapieformen ausprobieren.	3,00 1,45 3	3,12 1,53 3	2,37 1,30 2	3,44 1,37 4	2,52 1,20 3	<0,001	1/2, 2/3, 3/4
Die Erklärung der Kampô-Medizin für meine Erkrankung überzeugt mich mehr als die Erklärungen der konventionellen Medizin.	3,51 1,15 3	3,87 1,14 4	2,94 1,03 3	3,80 0,99 4	2,59 1,18 3	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4
Weil es für meine spezielle Erkrankung keine konventionelle Therapie gibt.	2,85 1,41 3	3,12 1,41 3	2,30 1,07 3	3,23 1,48 3	1,91 1,04 1	<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 3/4

MW: Mittelwert, SD: Standarddeviation, Med: Median, sign.: signifikante

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen, \*\* Kliniknummerierung: 1: Kampô/CM, 2: Integrativ, 3: Kampô, 4: Konventionelle Medizin

**Tabelle 17: Gründe für die Nicht- Inanspruchnahme von Kampô**

Aussage	Alle	Kampô/CM	Integrative Medizin	Kampô	Konventionelle Medizin	p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
	MW STD Med	MW STD Med	MW STD Med	MW STD Med	MW STD Med		
Ich brauche Kampô im Moment nicht. Aber ich werde es sicher verwenden, wenn es in Zukunft erforderlich ist.	3,91 1,04 4	3,78 1,39 4	4,02 0,94 4	4,50 1,00 5	3,84 1,07 4	0,485	
Kampô hat keinen Effekt.	2,25 1,10 2	2,67 2,55 2	2,22 0,92 2	1,40 0,89 1	2,27 0,97 2	0,272	
Weil die konventionelle Medizin sehr effektiv ist, braucht man keine Kampô-Behandlung.	2,50 1,08 3	1,62 0,92 1	2,56 1,09 3	1,60 0,89 1	2,59 1,05 3	0,021	1/2, 1/4, 3/4
Kampô ist teuer.	3,10 0,95 3	2,75 1,04 3	2,96 1,05 3	3,00 1,63 3	3,20 0,85 3	0,420	
Die Einnahme von Kampô-Medikamenten ist umständlich.	2,94 1,15 3	2,00 1,31 1,5	2,92 1,09 3	2,40 1,67 2	3,05 1,12 3	0,093	1/2, 1/4
Ich habe früher Kampô benutzt und wurde enttäuscht.	1,97 1,08 2	1,62 1,19 1	1,94 0,98 2	1,50 1,00 1	2,04 1,14 2	0,514	

MW: Mittelwert, SD: Standarddeviation, Med: Median, sign.: signifikante

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen, \*\* Kliniknummerierung: 1:Kampô/CM, 2:Integrativ, 3:Kampô, 4:Konventionelle Medizin

## 5 Diskussion

### 5.1 Zusammenfassung des Ergebnisses

Die Analyse der erhobenen Daten unseres Surveys bestätigte vorangegangene Untersuchungen und unsere Annahme, dass Kampô bei japanischen Patienten äußerst populär ist. Die Anwender von Kampô waren häufiger weiblich und chronisch bzw. psychisch krank als die Nicht-Anwender, zudem hatten sie tendenziell eine höhere Schulbildung (mindestens College oder Universität). Keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern zeigten sich hinsichtlich Alter, Familienstand und schweren Erkrankungen innerhalb der letzten fünf Jahre. Die Chance, Erfahrungen mit Kampô zu haben, ist für Frauen und chronisch Kranke jeweils etwa doppelt so hoch. Personen mit psychischen Erkrankungen haben sogar eine etwa vierfache Chance, Erfahrungen mit Kampô zu haben.

Die Anwender von Kampô waren im Vergleich zu den Nicht-Anwendern zufriedener mit der Kampô-Therapie und sprachen Kampô mehr Effekt zu. Sie waren aber nicht von den behandelnden Ärzten an sich enttäuscht, sondern sprachen sogar der konventionellen Medizin mehr Effekt zu als die Nicht-Kampô-Anwender.

Es zeigte sich ebenfalls ein sehr großer Einfluss der Klinik, an der der jeweilige Patient rekrutiert werden konnte. So hatten Patienten der Kampô- bzw. Kampô/CM- Klinik deutlich häufiger Erfahrung mit Kampô. Aber auch die Hälfte der Patienten, die eine rein konventionelle Klinik aufsuchten, hatte bereits Erfahrung mit der Anwendung von Kampô.

Wie erwartet, wurde Kampô jedoch in den überwiegenden Fällen in Kombination mit konventioneller Medizin angewendet. Unsere Annahme, dass der medizinische und philosophische Hintergrund eine untergeordnete Rolle bei der Anwendung von Kampô spielt, wurde bestätigt: Trotz der Popularität war das Wissen über die Hintergründe von Kampô sehr gering ausgeprägt, selbst in den Kliniken, in denen Kampô-Medizin praktiziert wird. Die Einschätzung der Effektivität von Kampô scheint dagegen eine größere Rolle zu spielen: Patienten der drei Kliniken, in denen Kampô verordnet wird (Kampô/CM-Klinik, Kampô-Klinik und integrative Klinik), schätzten Kampô überwiegend als effektiv ein und waren meist zufrieden mit ihrer Therapie. Hier zeigten sich bedeutendere Unterschiede in den Patientengruppen: Viele Patienten der konventionellen Klinik schätzten Kampô als weniger effektiv ein. Überraschenderweise wurde die konventionelle Medizin dagegen von allen Patientengruppen gleichsam als effektiv eingeschätzt.

Mehr Patienten der Kampô-Kliniken jedoch sind der Überzeugung, dass die konventionelle Medizin unangenehme Nebenwirkungen hat. Zu den Hauptgründen für eine Kampô-Nutzung zählten die Empfehlung des Arztes, eine positive Bewertung des ganzheitlichen Ansatzes der Kampô-Therapie, ihre Natürlichkeit und antizipierte Effektivität. Auffällig war der deutlich höhere Anteil der Patienten in den Kampô-Kliniken im Vergleich zur konventionellen Klinik, die wegen chronischer oder psychischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen die jeweilige Klinik aufsuchten.

Patienten, die keine Kampô-Therapie in Anspruch nahmen, waren von der Wirksamkeit der konventionellen Therapie derart überzeugt, dass für sie eine Kampô-Nutzung nicht erforderlich erschien. Eine Nutzung von Kampô in Zukunft schlossen diese Patienten jedoch nicht aus.

## **5.2 Stärken und Limitationen des methodischen Vorgehens**

### **5.2.1 Limitationen**

#### **5.2.1.1 Recall Bias**

Der Recall Bias (deutsch: Erinnerungsfehler oder Erinnerungsverzerrung) ist eine der wesentlichen Limitationen des vorliegenden Surveys. Um ein möglichst vollständiges Bild über die Benutzung von Kampô zu erhalten, wurden die Patienten befragt, ob sie jemals Kampô verwendet hatten und wie lange vorher dies war. Bei der Auswertung unserer Daten zeigte es sich, dass es sich um einen relativ langen Zeitraum handelte (im Mittel 5 Jahre). Möglicherweise liegt hier eine Erinnerungsverzerrung vor, da die Patienten sich an ggf. weit zurückliegende Ereignisse erinnern mussten. Es ist anzunehmen, dass für einzelne Patienten die Benutzung von Kampô in der Vergangenheit eine untergeordnete Bedeutung hatte und sie sich daher nicht daran erinnern konnten.

#### **5.2.1.2 Selektion der Studienpopulation**

*Allgemeine Bemerkungen zur Studienpopulation:*

Beim vorliegenden Survey ist anzumerken, dass es sich nicht um einen populationsbasierten Survey handelt, d.h. es wurde keine Befragung einer zufälligen Bevölkerungsstichprobe durchgeführt. Der Survey vermittelt uns deswegen kein repräsentatives Bild eines gesamtgesellschaftlichen Nutzungsverhaltens von Kampô. Der Fokus dieser Arbeit lag jedoch bei einem aktiven Nutzungsverhalten von Kampô. Es war anzunehmen, dass gesunde

Menschen weniger (Kampô-) Medizin als Kranke benutzen. Daher wurde bewusst eine Befragung von Patienten vorgenommen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine angemessene Zahl von Nutzern medizinischer Dienstleistungen einzuschließen. Eine landesweite Zufallsstichprobe wäre dem nicht gerecht geworden. Um darüber hinaus innerhalb des Patienten-Pools eine größtmögliche Repräsentativität zu schaffen, haben wir in einer bewussten Auswahl verschiedene Kliniken mit unterschiedlichen Patienten als Grundlage des Surveys genommen.

Nachteilig bei dieser Beschränkung auf Patienten einer ausgewählten Klinik könnte die Vernachlässigung der möglichen präventiven Aspekte der Kampô-Medizin sein. Andere Surveys weisen daraufhin, dass Kampô in Japan häufig in einem Vor-Krankheitsstadium aus präventiven Zwecken eingenommen wird. Anzunehmen ist, dass dieser Bedarf vorwiegend durch OTC-Kampô abgedeckt wird. Aus einem landesweiten repräsentativem Telefonsurvey ist bekannt, dass bis zu 17,2% OTC-Kampô (in der Apotheke/Drogeriemarkt käufliche Kampô-Präparate) benutzen (Yamashita, 2002). Durch den alleinigen Einschluss von kranken Personen wurden vermutlich nur wenige Menschen befragt, die aktuell OTC-Kampô benutzen.

Dies war jedoch nicht die Zielsetzung unseres Surveys. Allein die Benutzung von ärztlich verordnetem Kampô stand im Fokus. Da dies vorwiegend im ambulanten Bereich verordnet wird und nur sehr selten im stationären Kontext, haben wir auch auf eine Befragung von stationären Patienten verzichtet.

#### *Auswahl der Kliniken:*

Es wurden Kliniken ausgewählt, die für die Allgemeinbevölkerung gut zugänglich (im Sinne von z.B. Terminvergabe an normale Patienten, Angebot innerhalb einer bekannten Klinik) waren. Weiterhin wurden die Kliniken bewusst aufgrund ihrer Größe und Ausrichtung und der guten Erreichbarkeit für die Bevölkerung ausgewählt.

Die Kampô/CM-Klinik in Sendai und die Kampô-Klinik in Tokio etwa liegen zentral und sind für die Bevölkerung leicht zugänglich, da sie Teil der klinischen Einrichtungen von Universitäten sind. Auch die Zugangsbedingungen zur integrativen Klinik in Sendai sind ausgezeichnet. Zudem liegt sie relativ zentral, hat einen großen Parkplatz (im beengten Japan ein wesentlicher Vorteil) und ist für jedermann in Sendai zumindest mit dem Auto schnell zu erreichen. Die konventionelle Klinik in Tokio ist eine für Japan typische große städtische Klinik und wurde aus diesem Grund für unseren Survey ausgewählt.

Aus deutscher Sicht erscheint es unverständlich, dass ausschließlich Kliniken und keine niedergelassenen Hausärzte ausgewählt wurden. Der Grund besteht zum einen im Fehlen eines klassischen Hausarzt-Systems. Japanische Patienten wenden sich im Falle einer Erkrankung nicht an festgelegte Hausärzte, sondern wählen sich ihre Ärzte frei aus. Dabei ziehen sie in der Regel große Krankenhäuser mit vielen Abteilungen und deren Ambulanzen vor, da sie sich dort eine bessere medizinische Betreuung erhoffen (Ikegami, 1995). Zum anderen existieren keine kleineren Praxen, in denen nur Kampô angeboten würde. Die betreffenden Ärzte hätten keinerlei Einkommensgrundlage, da sie ihre Leistungen nicht privat liquidieren können, wie dies beispielsweise in Deutschland bei Heilpraktikern oder Homöopathen üblich ist. Mit der Auswahl von Ambulanzen an Universitäts- und zentral gelegenen Kliniken haben wir deswegen die japanischen Verhältnisse berücksichtigt. Nachteilig hieran ist die Tatsache, dass damit ein interkultureller Vergleich zu Deutschland (oder anderen Ländern) schwieriger wird.

Bei dieser Auswahl von vier in ihrer Ausrichtung unterschiedlichen Kliniken (s.a. Kapitel 8.2 im Anhang) für die Befragung der Patienten war es abzusehen, dass wir ein inhomogenes Patientenkollektiv erhalten würden. Dass dies nicht unbedingt von Nachteil sein muss, werden wir weiter unten sehen.

#### *Rücklaufquote:*

Zur Verbesserung des methodischen Vorgehens wollten wir die Rücklaufquote durch eine persönliche Ausgabe der Fragebögen erhöhen. Eine schlechte, sogar „atypische“ Rücklaufquote durch einen postalischen Versand von Fragebögen, wie sie z.B. Sugimoto et al. schildern (Sugimoto, 1999), sollte vermieden werden. In Japan fühlen sich Menschen durch die persönliche Ausgabe mehr zur Mitarbeit motiviert als durch einen Postversand. Die relativ hohe Beteiligung der Patienten an der Fragebogenaktion war nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass eine persönliche Ausgabe durch das Personal der Kliniken bzw. die Untersucherin erfolgte. Gerade die Tatsache, dass die Untersucherin extra für den Survey aus dem Ausland angereist war, schien Patienten besonders zu beeindrucken und die Bereitschaft zu erhöhen, am Survey teilzunehmen. Ein 30jähriger Japaner beispielsweise füllte den Fragebogen bereitwillig aus, obwohl er offensichtlich an einer Leseschwäche litt und mehr als eine Stunde zur Beantwortung der Fragen benötigte. Ohne persönliche Ansprache durch die Untersucherin hätte er nicht an einer derartigen Umfrage teilgenommen.

Als nachteilig ist die Ausgangslage zu bewerten, dass die Untersucherin nicht an allen Orten zur selben Zeit anwesend sein konnte. Das an der Ausgabe beteiligte Klinikpersonal war teilweise aufgrund der beengten Räumlichkeiten oder des Zeitrahmens schlicht überfordert, noch mehr Menschen zur Mitarbeit zu bewegen. Auch war in der Kampô-Klinik in Tokio eine persönliche Ansprache nicht möglich. Dies lag vor allem am Platzmangel in einem sehr kleinen Wartezimmer mit einer begrenzten Anzahl von Sitzplätzen. Die daraus resultierende Rücklaufquote lässt vermuten, dass eine Selbstselektion stattgefunden hat und nur bestimmte Patienten die Fragebögen ausgefüllt haben. Bei den Patienten in den anderen Kliniken war zu bemerken, dass die Bereitschaft zur Teilnahme am Survey sehr hoch war.

Zur Vereinheitlichung der methodischen Vorgehensweise wären im Prinzip unabhängige, bei der Ausgabe der Fragebögen behilfliche Assistenten unerlässlich gewesen. Dies hätte die Rücklaufquote insgesamt erhöht. Jedoch hätten zusätzliche Assistenten wesentlich höhere Kosten bedeutet, so dass wir diese Einschränkungen in Kauf nehmen mussten.

#### *Organisation:*

Organisatorische Gründe können einen wesentlichen Einfluss auf die Studienpopulation nehmen. In der Kampô/CM-Klinik in Sendai etwa war die Wartezeit auf einen Termin sehr lang. Daher fand von Seite der Klinik je nach Schwere der Erkrankung eine Selektion der Patienten im Vorfeld statt. Dadurch konnten nicht alle Menschen, die Interesse an einer Therapie mit Kampô hatten, in die Klinik und damit in unser Studienkollektiv aufgenommen werden. Dies könnte einen Einfluss auf die Studienpopulation und damit das Ergebnis dargestellt haben.

Bei der integrativen Klinik in Sendai können andere Faktoren Einfluss genommen haben. Vieles deutet daraufhin, dass dort ein spezielles Patienten Klientel anzutreffen ist. Es handelt sich hierbei um die Klinik eines niedergelassenen Arztes, die vom japanischen Mainstream in der Regel nicht bevorzugt wird. Die Vorliebe der Japaner gilt den größeren Kliniken (s. oben). Als Grund für den Besuch könnte die von den Patienten antizipierte geringere Wartezeit im Gegensatz zum Besuch einer Ambulanz der Universitäts- oder städtischen Klinik angenommen werden. Die arbeitsdemographischen Ergebnisse des Surveys für diese Klinik untermauern die Annahme, dass es sich um beruflich eher eingespannte Patienten handelte. Faktisch ließ jedoch die Arbeitsweise des dort tätigen Arztes keine geringeren Wartezeiten zu. Andeutungen des Personals ließen darauf schließen, dass viele Patienten nach

einmaligem Besuch enttäuscht weggeblieben sind. Das hieraus resultierende selektionierte Patientenkollektiv stellt eine weitere Limitation des Surveys dar.

In der konventionellen Klinik in Tokio dagegen gab es keinerlei organisatorische Schwierigkeiten. Jeder erhielt einen Termin, der die Ambulanz an der internistischen Klinik in Anspruch nehmen wollte. Die Selektion fand möglicherweise auf anderem Gebiet statt. Einem Trend zufolge versuchen japanische Kliniken, durch spezialisierte Schwerpunktangebote mehr Patienten anzulocken (Ikegami, 1991). In unserer konventionellen Klinik in Tokio gab es unter anderem einen Schwerpunkt für Diabeteserkrankungen. Dies könnte zur Selektion der Patienten und natürlich auch zur Verzerrung des Studienergebnisses geführt haben.

#### *Setting:*

Einen weiteren Einfluss auf die Selektion der Patienten könnte auch das allgemeine Behandlungs-Setting und die spezielle atmosphärische Ausprägung der Behandlungssituationen innerhalb der verschiedenen Kliniken gehabt haben. In der Kampô-Klinik in Tokio beispielsweise waren zwar die Zugangsvoraussetzungen gut, d.h. jeder, der sich dort vorstellen wollte, bekam einen Termin. Allerdings war das Patientenaufkommen hoch und die Anamnese und Untersuchung äußerst kurz, so dass Patienten eventuell den Eindruck bekommen haben könnten, in einer Masse abgefertigt zu werden. Auf Menschen mit dem Interesse an individualisierter Therapie kann diese Atmosphäre ggf. abschreckend gewirkt haben, so dass sie von einem weiteren Aufsuchen der Klinik abgesehen haben. Obwohl auch dieses Patientenkontingent für unsere Untersuchung von Interesse war, könnte es somit unter Umständen nicht in unserem Survey berücksichtigt worden sein.

#### *Selbstselektion:*

Schließlich muss als weitere Limitation die Selbstselektion der Patienten bei der Auswahl der Kampô-Kliniken genannt werden. Es ist davon auszugehen, dass Patienten, die eine spezialisierte Kampô-Therapie-Einrichtung besuchen, nicht als völlig repräsentativ für die japanische Bevölkerung und auch nicht für japanische Patienten gelten können. CAM-Nutzer beispielsweise gelten im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung als besser gebildet. Zudem kommen diese Patienten zu den Kliniken mit einer bestimmten Erkrankung und ggf. mit einer Erwartungshaltung, die das Ergebnis des Surveys in dieser Hinsicht beeinflussen könnten.

Aus der Beschreibung der Kliniken und der Diskussion der Limitationen wird deutlich, wie schwierig es ist, in Japan (und anderswo) einen Survey durchzuführen, an dem eine homogene Patientenpopulation teilnimmt. Aus diesem Grunde wurde für unseren Survey ein pragmatischer Ansatz gewählt: Alle vorgenannten Kliniken bilden die japanischen Verhältnisse in der Routineversorgung ab. Sie zeigen uns einen Ausschnitt der gesellschaftlichen Alltagsrealität Japans, aus der sich allgemeine Bezüge ableiten lassen. Die inhomogene Studienpopulation wurde von uns bewusst in Kauf genommen, da die Auswahl der Kliniken mit Kampô-Schwerpunkten eine gezielte Befragung von Patienten ermöglichte, die eine Kampô-Therapie in Anspruch nahmen oder nehmen wollten. Genau diese Patienten und ihr Nutzungsverhalten und die Gründe für ihr spezielles Interesse an Kampô waren für diesen Survey von Interesse.

### 5.2.1.3 Soziodemographische Aspekte

Soziodemographische Aspekte der Studienpopulation spielen eine wichtige Rolle bei der Betrachtung der Studienergebnisse. Wir wollen im Folgenden ihre möglichen Schwächen diskutieren und in den Kontext der Ergebnisse anderer Surveys stellen.

#### *Geschlecht:*

Es stellte sich heraus, dass die Majorität der Patienten, die eine Kampô-Klinik aufsuchte, weiblich war. Dies steht in Kongruenz zu anderen Surveys zur Nutzung von CAM in Japan und weltweit (Fukuda, 2006; Negishi, 2005; Ernst, 2000b).

Als Grund für den höheren Frauenanteil wird oft angeführt, dass die Bereitschaft von Frauen, Fragebögen auszufüllen, höher sei und damit auch eine größere Anzahl von Frauen in Surveys aufgenommen werde. Allerdings kann vor Ort tatsächlich ein proportional höherer Frauenanteil beobachtet werden. Matsuoka etwa analysierte die soziodemographischen Daten von 900 Patienten einer Kampô-Klinik in Iizuka/Japan. Hier ergab sich ein Frauenanteil von 69,3%, ein Vergleichskollektiv mit 900 Patienten in der internistischen Sprechstunde derselben Klinik war zu 56,8% weiblich (Matsuoka, 1995). Diese Relationen können in etwa durch unsere Daten bestätigt werden.

Im Gegensatz dazu stehen Ergebnisse von Yamashita et al., die einen populationsbasierten Telefonsurvey durchführten. 1000 Personen in allen Regionen Japans wurden nach der Benutzung von CAM in den letzten 12 Monaten, ihren Ausgaben dafür sowie zu den Gründen der Nutzung befragt (Yamashita, 2002). Hier ergaben sich in der Untergruppe der Kampô-Nutzer keine Unterschiede der Benutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Diese Ergebnisse stehen in Widerspruch sowohl zu unserem Survey als auch zu Daten im systematischen Review zur Prävalenz der Benutzung von CAM von Ernst in den Industrienationen (Ernst, 2000b) und anderen Untersuchungen auch aus Japan (z.B.: Hori, 2008), so dass man über diese Unterschiede in den Ergebnissen nur Vermutungen anstellen kann. Sicherlich sind die Menschen, die von uns befragt wurden, kränker als ein repräsentatives Kollektiv der Normalbevölkerung, daher ließe sich zurückschließen, dass sich das Nutzungsverhalten insgesamt verstärkt. Warum benutzen aber Frauen in unserem und anderen Surveys Kampô häufiger als Männer? Ist in Japan bei Frauen das Interesse an Gesundheitsbelangen höher ausgeprägt? Hier ist sicherlich noch viel Bedarf für weitere Forschung, da diese Fragen auch aufgrund fehlender Literatur zu diesem spezifischen Thema nicht abschließend geklärt werden können.

#### *Schulbildung:*

Als weiterer diskussionswürdiger Punkt in unserem Survey stellte sich die Schulbildung heraus. Auffällig ist in unserem Studienkollektiv die hohe Rate an Schulabschlüssen ab der 12. Klasse (67%). In der japanischen Volkszählung von 2000 hatten nur 27% der japanischen Bevölkerung einen höheren Schulabschluss als die 12. Klasse (Oberschule) (Ministerium für Inneres und Kommunikation Japans, 2000). Zu vermuten ist daher, dass unser Ergebnis durch einen Selektionsbias verzerrt worden ist.

In anderen internationalen Surveys zur CAM-Nutzung war die Rate an besser gebildeten Personen ebenso höher. In diesen Surveys wurde dies dahingehend diskutiert, dass Personen mit höherer Schulbildung auch höhere Einkommen haben und sich dadurch Gesundheitsdienstleistungen eher leisten können. Dies trifft allerdings in Japan für Kampô in geringerem Maße zu, da die Kosten durch die japanische Krankenkasse zu einem großen Teil übernommen werden.

Mit nahezu großer Sicherheit kann man die Annahme ausschließen, dass höher gebildete Menschen in Japan häufiger zu Krankheiten oder Beschwerden neigen. Warum suchen höher gebildete Menschen dann eher eine Kampô-Therapie auf? Unser Survey kann darauf keine definitive Antworten geben, allenfalls Hinweise: Der Bildungsgrad weist evtl. auf ein höheres Interesse an medizinischen Themen sowie auf ein breiteres Informationsvermögen der Menschen hin. Als Beleg dafür könnte gelten, dass mehr Menschen der Kampô/CM-Klinik und der Kampô-Klinik angaben, dass sie Gesundheitsinformationen in den Medien aufmerksam verfolgten. Zusätzlich trifft die Auseinandersetzung mit einem trotz wachsender Popularität immer noch segmentiertem Heilverfahren, das schon in seiner Bezeichnung und den

dazugehörigen Schriftzeichen auf traditionelle Wurzeln verweist, bei höher gebildeten Menschen möglicherweise stärker auf Affinitäten. Kampô ließe sich somit in einen globalen Trend des Interesses an alternativen Heilmethoden eingliedern, der jenseits der finanziellen Ressourcen eine grundsätzliche Offenheit bei gebildeteren Schichten für gesundheitsrelevantes Wissen und ihren höheren Informiertheitsgrad widerspiegelt.

Was jedoch zu Nachfragen anregt, ist die Tatsache, dass unseren Erhebungen zufolge auch das Kollektiv an der konventionellen Klinik einen höheren Bildungsgrad besaß, wenn auch nicht in dem Maße wie in den Kampô-Kliniken. Besteht die Erklärung darin, dass Personen mit einer niedrigeren Schulbildung in Jobsituationen tätig sind, die Ausfallszeiten nicht erlauben, und sie daher nicht zu normalen Zeiten das Krankenhaus aufsuchen können? Verwenden diese Menschen dann vielleicht eher in einem Supermarkt oder Drogeriemarkt gekaufte (Kampô-)Medikamente?

Dies kann durch die Analyse der Jobsituation der Patienten in unserem Kollektiv weder widerlegt noch bestätigt werden.

Man könnte beispielsweise annehmen, dass Angestellte einer Zeitarbeitsfirma sich aufgrund ihrer beständigen Abrufbereitschaft keine Ausfallszeiten leisten und daher nicht oder nur selten zum Arzt gehen können. Dies kann man mit unseren Daten nicht belegen. Zum Beispiel sind in der Kampô/CM-Klinik keine Angestellten einer Zeitarbeitsfirma anzutreffen, dagegen war die Rate in der integrativen Klinik und den beiden Kliniken in Tokio ungewöhnlich hoch. Aus der Betrachtung dieser Befunde kann man also nicht schließen, dass Menschen mit Teilzeitarbeit generell keine Klinik oder Kampô-Therapie aufsuchten.

#### *Arbeitssituation:*

Die Analyse der Arbeitssituation insgesamt ergab, bezogen auf die Gesamtbevölkerung aus Daten der Regierung von 2007, kaum Unterschiede (Ministerium für Inneres und Kommunikation Japans, 2007). Damals lag die Rate an Angestellten mit Zeitarbeit bei 3% der Gesamtbevölkerung, die Rate an Festangestellten betrug 64% und Teilzeitarbeit wurde von 24% als Arbeitsform genannt.

Allerdings fanden sich in unserem Kollektiv nur 2% Arbeitslose, wohingegen die offizielle Arbeitslosenrate im September/Oktober 2008 um 4% lag (Trading economics, 2010). Jedoch muss man bedenken, dass unser Kollektiv mit kranken Menschen nicht einem vergleichbaren Kollektiv der Allgemeinbevölkerung entsprach. Die eingeschlossenen Studienteilnehmer

waren im Schnitt älter und hatten daher zu einem höheren Anteil das Rentenalter erreicht, so dass die niedrigere Arbeitslosenquote im Survey dadurch erklärt sein dürfte.

Fasst man alle soziodemographischen Aspekte zusammen, kann man sagen, dass es uns insgesamt gesehen durchaus gelungen ist, ein repräsentatives Studienkollektiv zu gewinnen. Die Patienten kamen aus allen sozioökonomischen Schichten. Teilweise unklar muss bleiben, warum diese innerhalb der Kliniken unterschiedlich verteilt waren. Der höhere Frauenanteil und die hohe Rate an besser gebildeten Menschen bestätigen Surveys aus anderen CAM-Bereichen.

#### **5.2.1.4 Fragebogen als Erhebungsinstrument**

Als Erhebungsinstrument wurde ein Fragebogen benutzt. Neben Vorteilen birgt diese Form auch Limitationen in sich. Aus der Analyse vorheriger Surveys wird zum Beispiel ersichtlich, dass je nach Zielsetzung und Studienkollektiv die Gründe differieren können, warum Menschen zu einer CAM-Therapie greifen. Auch das Design eines Fragebogens hat erfahrungsgemäß einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen durch die Patienten.

Strukturell haben wir uns bei der Konzeption des Fragebogens an die in den vorangegangenen Surveys (z.B. Furnham, 1994, Sugimoto, 1999 u. a.) etablierte Version gehalten, trotz der Nachteile, die dieses Design mit sich brachte. So lässt der Fragebogen keine klare Zuordnung zu den Gründen einer Benutzung in Form einer Angabe in Prozentzahlen zu. Unser Ziel war es jedoch, vor allem die Wichtigkeit einzelner Aussagen zu eruieren. Hierzu eignet sich die adaptierte Version sehr gut, da auf einer Skala der Grad der Zustimmung oder Ablehnung gemessen wurde.

Weiterhin vermuteten wir, dass viele Fragen der Vorlage von japanischen Patienten aufgrund von kulturellen Unterschieden nicht verstanden werden konnten. Im Survey von Sugimoto und anderen interkulturellen Surveys wurde durch Übersetzung und Gegenübersetzung versucht, die Akkuratheit der Übersetzung eines bereits vorher im Ausland verwendeten Fragebogens zu erhöhen. Jedoch merkten bereits Sugimoto und Furnham an, dass die Replikation eines Fragebogens in einer anderen Kultur schwierig ist. Die bei Sugimoto und Furnham verwendete Vorlage mussten wir daher aus kulturellen Gründen sowie zur größeren Verständlichkeit und zur Beantwortung zusätzlicher Fragen modifizieren. Darum erfolgte zunächst eine ausführliche Diskussion mit allen beteiligten Leitern bzw. Verantwortlichen der

einzelnen Kliniken über die einzelnen Fragen und dann ggf. eine Anpassung der Aussagen. Dadurch konnten wir eine größere Verständlichkeit für Japaner erreichen, mussten jedoch in Kauf nehmen, dass aus diesem Grund ein direkter Vergleich zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe Sugimoto/Furnham nur beschränkt möglich ist.

Schließlich waren uns zusätzliche Fragen über die Gründe für eine Nutzung bzw. für eine Nicht-Inanspruchnahme und über das Wissen über die Hintergründe der Kampô-Medizin wichtig. Fragen hierzu waren in den Vorlagen noch nicht etabliert und wurden von uns eingeführt. Als zusätzliche Elemente fügten wir viele Freitextfelder und am Ende eine ganze Seite für Notizen und Meinungen hinzu. Dies sollte den Patienten die Möglichkeit geben, sich zu äußern, falls sie ihre Meinung im Fragebogen nicht widergespiegelt sahen.

Diese Vorgehensweise bietet möglicherweise Ansätze für Kritik, da keine validierten oder durch Vorstudien etablierte Fragen verwendet wurden. Jedoch sind unserer Einschätzung nach gerade in der kulturell normativen japanischen Gesellschaft Freitexte ein unermesslicher Gewinn bei der Untermauerung der in der Fragestellung formulierten Hypothesen. Wir haben uns daher bewusst für die Hinzunahme dieser deskriptiven Formen im Fragebogen entschieden.

Insgesamt wurde der Fragebogen in der Endversion von einigen Patienten zwar als zu lang bemängelt, er war aber gut verständlich und auch für ältere Menschen gut leserlich. Aufgrund der knappen finanziellen und zeitlichen Ressourcen war eine Pilotphase leider nicht möglich und damit eine weitere Veränderung des Fragebogens nicht mehr realisierbar. Eine Verkürzung des Fragebogens wurde zwar mehrfach durch die Arbeitsgruppe diskutiert. Diese hätte jedoch zur Folge gehabt, dass nicht alle wichtigen Aspekte der Fragestellung hätten beantwortet werden können, so dass wir uns bewusst für eine lange Version entschieden haben.

#### **5.2.1.5 Befragungszeitraum**

Die Befragung fand im Sommer statt, daher ist anzunehmen, dass das Spektrum an Erkrankungen und der Grund der Vorstellung anders sein dürften als beispielsweise im Winter. Kampô-Medikation wird zum Beispiel oft bei Erkältungen angewendet. Daher hätte sich möglicherweise im Winter die Art der Studienpopulation, die Inanspruchnahme von Kampô und damit die Ergebnisse des Surveys unterschieden. Zwar leiden Japaner durch die Klimatisierung von Gebäuden und Verkehrsmitteln auch im Sommer oft an Erkältungen.

Jedoch ist unklar, wie hoch die Rate an Erkältungen im Winter ausfallen würde. Dies müsste durch die Wiederholung des Surveys beispielsweise im Winter evaluiert werden.

#### **5.2.1.6 Fehlende Daten**

Die Interpretation des Ergebnisses könnte ggf. durch die hohe Rate an fehlenden Daten, gerade in der konventionellen Klinik, erschwert sein. Generell zeigte sich, dass die beiden Abschnitte des Fragebogens E und F (mit Ansichten über konventionelle Medizin und Kampô und Ansichten zur Wirksamkeit einer Therapie bei bestimmten Erkrankungen sowie zu den Gründen für eine Kampô-Nutzung oder eine Nicht-Inanspruchnahme) überdurchschnittlich oft nicht beantwortet wurden.

Besonders häufig (bis zu 21%) haben die Patienten der konventionellen Klinik nicht auf die Fragen der Abschnitte E und F geantwortet. Einerseits könnte dies am Setting mit dem etwas großräumiger gestalteten Wartebereich gelegen haben. Patienten konnten sich hier eher unbeobachtet fühlen und haben sich vielleicht aus diesem Grund ungezwungener bei der Beantwortung des Fragebogens verhalten. Andererseits könnte als entscheidender Grund vorgelegen haben, dass sich viele Patienten bisher noch keine Gedanken über die Benutzung von Kampô gemacht hatten, und deswegen nicht wussten, wie sie antworten sollten. Dies muss als Einschränkung bei der Interpretation der Daten genannt werden.

Eine Umgestaltung des Fragebogens könnte der hohen Rate an fehlenden Daten evtl. entgegensteuern. Sicherlich sollte man bei Folgebefragungen erneut überlegen, welche Aspekte unseres Fragebogens herausgelassen werden könnten. Allerdings gelten hier die selben Einwände wie bereits oben unter Punkt 5.2.1.4 diskutiert.

Als weitere Einschränkung bei der Auswertung der Daten ist in Betracht zu ziehen, dass in bis zu einem Drittel der Fragebögen in den Freitextfeldern handschriftlich eingetragene einzelne Kanji (japanische Schriftzeichen) bis hin zu ganzen Bemerkungen nicht leserlich waren. Daher wurden die ausgefüllten Fragebögen erneut zusammen mit Muttersprachlern der beteiligten Kliniken durchgelesen und diskutiert, bis Einigkeit über die Bedeutung des Geschriebenen erzielt wurde.

Zur Auswertung wurde, soweit möglich, eine Kategorisierung durchgeführt. Jedoch barg dies die Gefahr von Missverständnissen, da unklar bleiben muss, ob ein Patient das Geschriebene wirklich so gemeint hat, wie die Arbeitsgruppe dies interpretiert hat. Die Lösung für dieses in allen ähnlichen Surveys auftretende Problem besteht letztendlich darin, Interviews zu führen und diese qualitativ auszuwerten. Aus Zeit- und Kostengründen hätte dann aber nur eine

relativ geringe Anzahl von Patienten befragt werden können. Außerdem betrafen die Unsicherheiten bei der Auswertung nur einen kleinen Bruchteil der Daten. Daher haben wir die Schwächen eines derartigen methodischen Vorgehens mittels Fragebogen in Kauf genommen.

### **5.2.2 Vorteile des Surveys**

Zunächst ist festzuhalten, dass die Ergebnisse unseres Surveys in ihrer Gesamtheit bislang einzigartig sind. So war bisher z.B. über das Spektrum der Erkrankungen, das zur Vorstellung in einer Kampô-Klinik führte, nur wenig bekannt. Die Auswahl von Ambulanzen an Kliniken ermöglichte uns den Zugang zu einem breiten Spektrum von Patienten und Erkrankungen, wie sie dem japanischen Klinikalltag entsprechen.

Eine weitere Stärke des Surveys ist zweifelsfrei die große Anzahl der Patienten, die in den Survey eingeschlossen werden konnten. Die Patienten wurden durch die persönliche Ansprache und Fragebogenausgabe zur Teilnahme motiviert. Entsprechend groß ist die Stichprobengröße, aus denen Ergebnisse abgeleitet werden konnten. Außerdem füllten die so motivierten Teilnehmer den Fragebogen trotz seiner unbestreitbaren Länge meist bis zum Ende aus. Bei einem ähnlichen Survey in Deutschland wäre die Rate an nicht ausgefüllten Fragebögen und fehlenden Daten sicherlich deutlich höher gewesen. Zudem konnte aufgrund des Einschlusses verschiedener Kliniken eine Vielzahl von unterschiedlichsten Patienten in den Survey aufgenommen werden.

Zum ersten Mal ist es des Weiteren in diesem Survey gelungen, die Daten von verschiedenen Zentren für Kampô-Medizin zu sammeln und den aus einer konventionellen Klinik erhobenen Daten gegenüberzustellen. Bisherige Surveys zur Nutzung von Kampô untersuchten nur einzelne Kliniken und wurden nicht multizentrisch durchgeführt. Die Ergebnisse daraus waren schlecht vergleichbar.

Der Einschluss verschiedener Kliniken mit verschiedenen Ausrichtungen lässt dennoch nur bedingt Rückschlüsse auf das gesamte Land zu. Da in Japan aber aus Gründen der Subspezialisierung und Konkurrenzsituation viele Kliniken in ihrer Ausrichtung stark differieren, müsste dafür eine große Anzahl von Kliniken mit eingeschlossen werden. Die gezielte Auswahl der Kliniken mit Kampô-Schwerpunkten ermöglichte dagegen eine gerichtete Befragung von Patienten, für die Kampô zum Befragungszeitpunkt eine relevante Größe darstellte. Dies ist von entscheidendem Vorteil, wenn man wesentliche Faktoren, die zu einer Benutzung von Kampô führen, eruieren möchte.

Ein weiterer Vorteil dieses Surveys ist durch die Tatsache gegeben, dass die teilnehmenden Patienten an zwei verschiedenen Orten innerhalb Japans befragt wurden. Hierdurch konnten Meinungen von Menschen aus zumindest zwei unterschiedlichen Städten eruiert und analysiert werden.

Zudem konnte durch die Verteilung der Fragebögen durch die Untersucherin selbst bzw. das Personal der Klinik an drei von vier Kliniken eine relativ hohe Rücklaufquote erreicht werden. Ein Vorteil war sicher auch, dass die Untersucherin sowohl die Landessprache beherrscht als auch mit den kulturellen Gegebenheiten vertraut ist. Daher konnte die Mitarbeit von Patienten gewonnen werden, die sonst nicht an derartigen Befragungen teilnehmen können oder wollen.

Nicht zuletzt sind die Ergebnisse des Surveys eine Bestätigung für das methodische Vorgehen. Unter anderem wurde die Beliebtheit einer Kombinationstherapie nachgewiesen und das Hintergrundwissen der Patienten eruiert.

### **5.3 Einordnung und Bedeutung der Ergebnisse**

Die wissenschaftlich-empirische Forschung zu Kampô ist noch sehr spärlich. Bisher wurden nur eine Hand voll vergleichbarer Surveys zur Nutzung von Kampô publiziert. Ältere Arbeiten können für einen Vergleich nur schwer herangezogen werden, da sie eher im Stil einer teilnehmenden Beobachtung entstanden sind (wie z.B. Untersuchungen von Margaret Lock und Emiko Ohnuki-Tierney (Lock, 1980a und 1980b; Ohnuki-Tierney, 1984)) und kaum Daten zur Nutzung enthalten. Im Gegensatz dazu liegt eine Vielzahl ähnlicher Surveys zur CAM-Nutzung vor. Da sie sowohl strukturell als auch aufgrund ihres Forschungsgegenstandes vergleichbar mit unserer Arbeit sind, sollen unsere Ergebnisse im Kontext dieser Forschung beleuchtet werden.

#### **5.3.1 Beschreibung des Patientenlientels**

##### **5.3.1.1 Spektrum der Erkrankungen**

Wie erwartet, differierte das Spektrum der Erkrankungen analog zum relativ heterogenen Studienkollektiv in den einzelnen Kliniken stark.

Auffällig war jedoch die starke Präsenz von Stoffwechselerkrankungen in der Klinik mit konventioneller Medizin. Die Häufung kann durch die Existenz einer speziellen Sprechstunde

für Diabetiker erklärt werden. Weiterhin fanden sich Herz-Kreislauf- und gastroenterologische Erkrankungen gehäuft, diese würde man jedoch auch in einer normalen internistischen Sprechstunde erwarten. Auch in der integrativen Klinik wurden viele Menschen mit Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt. Auch dies entspricht der üblichen Tätigkeit eines niedergelassenen Internisten. Da sich in dieser Klinik der Facharzt zudem auf die Therapie von psychischen Problemen oder psychiatrischen Störungen spezialisiert hat, wird diese Klinik auch häufig von Menschen mit diesen Störungen aufgesucht.

In der Kampô-Klinik in Tokio hatten die Patienten zumeist gastroenterologische, neurologische oder psychiatrische Erkrankungen sowie Allergien. Allerdings ergaben sich im wesentlich größeren Studienkollektiv von Ikarashi an derselben Klinik andere Erkrankungen als Grund der Vorstellung (führend gynäkologische und dermatologische, gefolgt von gastroenterologischen Erkrankungen) als in unserem Survey (Ikarashi, 2007). Die Unterschiede unserer Ergebnisse müssen unserer Meinung nach in einer gesonderten Untersuchung dieser Klinik noch einmal überprüft werden. Diverse Gründe können hierfür, wie bereits bei den Limitationen diskutiert, eine Rolle gespielt haben.

In der Kampô/CM-Klinik fanden sich viele Patienten mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen und viele Schmerzpatienten ein. Über das gesamte Studienkollektiv gesehen gab es jedoch wenige Schmerzpatienten bzw. Patienten mit chronischen Gelenkbeschwerden.

Obwohl Kampô im klassischen ganzheitlichen Sinne eigentlich für alle Erkrankungen Therapieformen bietet, wird offensichtlich damit nur ein gewisses Spektrum an Krankheiten behandelt. Dies könnte auch die erste Hypothese stützen, dass Kampô in der japanischen medizinischen Praxis eher als integrativer Teil der konventionellen Therapie gesehen wird. Möglicherweise hat sich hier in einer volksmedizinischen Vorstellungsgenese die Zuordnung von Akupunktur oder Chiropraxis als zur Therapie von muskuloskelettalen Erkrankungen und Kampô-Medizin als zur Therapie für internistische Erkrankungen geeignete Therapieformen herausgebildet. Dieser Aspekt wurde in unserem Survey nicht berücksichtigt, könnte aber durchaus Ansatz für weitere Forschung bieten.

Weiterhin muss die signifikant höhere Rate an psychischen/psychiatrischen Erkrankungen in den Kliniken mit Kampô-Angebot analysiert werden. Aus der japanischen Versorgungs-

realität ergibt sich die wahrscheinlichste Antwort: Erstens bietet die integrative Klinik, wie oben geschildert, eine spezifische Sprechstunde und Therapie an. Zweitens ist in Japan die ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung im Vergleich zu anderen Ländern eher schlecht (Kishi, 2003).

Daher kann es sein, dass oft aus Mangel an anderen Möglichkeiten, bzw. einer gewissen Hilflosigkeit gegenüber psychiatrischen Erkrankungen heraus, Kampô zur Therapie empfohlen wird. In unserem Survey zeigte sich, dass Personen mit psychischen Erkrankungen eine etwa vierfache Chance haben, Erfahrungen mit Kampô zu haben im Vergleich zu den Nicht-Nutzern.

### **5.3.1.2 Hintergrundwissen**

Bei einer derartig häufigen Anwendung von Kampô überrascht es die meisten Beobachter aus dem westlichen Kulturkreis, wie wenig für die Japaner das Wissen um die philosophischen und religiösen Hintergründe eine Rolle spielt. Diese Fragestellung ist insofern von Relevanz, da kognitive und psychologische Zusammenhänge einen nicht unwesentlichen Faktor beim Nutzungsverhalten bestimmter Therapien spielen (Tokuda, 2007).

Im Rahmen unserer zweiten Hypothese haben wir bereits vermutet, dass selbst die Patienten, die sich einer Kampô-Klinik bewusst zuwenden, nur wenig über die Hintergründe von Kampô wissen. Dies wurde durch unsere Ergebnisse bestätigt.

Bei unseren Patienten war das selbst einzuschätzende Hintergrundwissen (z.B. zur Theorie des Yin/Yang bzw. der Fünf-Elemente-Lehre) wenig ausgeprägt. Nur jeder vierte bzw. fünfte Patient der Kampô/CM- bzw. der Kampô-Klinik (und nur 3% in der konventionellen Klinik) gab an, über gutes oder sehr gutes Wissen zu Kampô-Diagnose und Therapie zu verfügen. Die Analyse, ob diejenigen Patienten, die die Yin-Yang-Theorie bzw. die Fünf-Elemente-Lehre überhaupt kannten, diese auch für richtig hielten, ergab nicht einmal einen Unterschied zwischen den Kliniken. Dieses Ergebnis mag zunächst verwundern, doch steht es in Einklang mit empirischen Befunden und Beobachtungen anderer Forscher, wonach Japaner weniger als z.B. Amerikaner an spirituell geprägten Therapiemodalitäten interessiert sind (Suzuki, 2004a).

Anzunehmen ist auch, dass die Perzeption von Kampô, historisch bedingt, stark durch die konventionelle Medizin mit ihrem Fokus auf Ursache-Wirkungs-Beziehungen beeinflusst wurde. Kampô scheint dabei in der Wahrnehmung der Patienten näher an konventioneller

Medizin angelehnt zu sein als erwartet. Eine weitere Erklärung mag die in weltanschaulichen Fragen durchaus pragmatische Haltung der Japaner sein.

### **5.3.1.3 Spektrum der Anwendung**

Zum Spektrum der Anwendung von Kampô fehlten bisher geeignete patientenbezogene Daten. Unsere Patienten hatten in der Vergangenheit Kampô zumeist bei Erkältung und Magen-Darm-Beschwerden angewendet, weiterhin zur Therapie der Überempfindlichkeit gegen Kälte oder einer Schulterverspannung. Diese Vorerfahrung und ggf. die (erlebte oder perzipierte) Wirksamkeit der Therapie scheint auch einen Einfluss bei der Empfehlung für eine alleinige Therapie mit Kampô gehabt zu haben. Denn für Überempfindlichkeit gegen Kälte, Schulterverspannung, Magen-Darm-Beschwerden und zusätzlich Adipositas wurde maßgeblich die alleinige Kampô-Therapie empfohlen.

Bei Erkältungen dagegen wurde überraschenderweise eine Kombinationstherapie empfohlen. Hier scheinen die japanischen Gewohnheiten bei der Behandlung von Erkältungen tief verwurzelt: Der Arzt verabreicht in der Regel eine Infusion mit einem fiebersenkenden Mittel und einem Antibiotikum. Die Patienten scheinen dies auch (zumindest bei schwereren Erkältungen) für notwendig zu halten.

Fasst man die Analyse zusammen, so zeigt sich, dass aus Sicht der Patienten eine alleinige Kampô-Anwendung bei solchen Erkrankungen sinnvoll erschien, die man als eher „banal“ bezeichnen könnte. Zudem existiert für die meisten dieser Erkrankungen keine adäquate konventionelle Therapie.

### **5.3.1.4 Beliebtheit einer Kombinationstherapie**

Die Nutzung von Kampô erfolgt nach unseren Daten überwiegend als Kombinationstherapie. Wie stark eine Kombinationstherapie empfohlen, gewünscht oder verwendet wird, wurde bisher in keinem vergleichbaren Survey in Japan untersucht. In unserem Survey nutzte etwa die Hälfte der Patienten Kampô üblicherweise in Kombination zu einer konventionellen Therapie.

Weiterhin wird bei der Majorität der Erkrankungen (24 von 29 genannten Erkrankungen) von den meisten Patienten eine Kombinationstherapie empfohlen. Zumeist wurde diese, wie bereits oben diskutiert, bei Erkältungen angeraten, gefolgt von Asthma, Depression und Bluthochdruck.

Erneut fallen Unterschiede zwischen den Kliniken auf. Beispielsweise wurde eine Kombinationstherapie zur Behandlung von Asthma von den Patienten der Kampô-Kliniken doppelt so häufig wie von den Patienten der konventionellen Klinik empfohlen, die Patienten der integrativen Klinik empfahlen es nicht ganz so häufig. Jedoch sollte man hier unserer Meinung nach mit der Interpretation der Daten vorsichtig sein, bis andere Surveys diese bestätigen.

### **5.3.1.5 Einsatz einer konventionellen Therapie**

Eine alleinige konventionelle Therapie wurde von den Patienten für angeraten gehalten bei Erkrankungen, für die im Allgemeinen eine konventionelle Therapie erforderlich ist, wie z.B. Lungenentzündung, Krebsleiden, Magengeschwür und Harnblasenentzündung.

Wie zu erwarten, empfahlen die Patienten der konventionellen Klinik öfter eine konventionelle Therapie. Diese Patienten hatten auch bei allen Fragen zu diesem Thema bei Kampô die höchsten Raten der Antwort „weiß ich nicht“ (bis 55,1%). Dazu trägt bei, dass diese Patienten die Kampô-Therapie nicht genau kannten bzw. sich damit weniger beschäftigt hatten als Patienten in den auf Kampô spezialisierten Kliniken und daher die Frage ggf. nicht adäquat beantworten konnten.

Die Patienten, die eine Klinik mit Kampô-Angebot aufsuchten, waren differenzierter in ihren Antworten. Dies mag sicherlich durch die höhere Schulbildung erklärlich sein. Weiterhin ist aus dem Gesamtbild dieser Patientengruppe zu schließen, dass sich diese Patienten grundsätzlich bewusster mit ihrer Gesundheit und den möglichen Therapie-Formen auseinandersetzen. Allein die Wahl einer spezialisierten Kampô-Klinik erforderte bereits eine bewusste Entscheidung für eine spezielle Therapieform.

## **5.3.2 Inanspruchnahme von Kampô**

### **5.3.2.1 Vorerfahrung mit Kampô**

Fast die Hälfte der Patienten der konventionellen Klinik gab an, bereits Erfahrungen mit Kampô gemacht zu haben. Diese Angabe erstaunt zunächst, vor allem wenn man sie mit den niedrigeren absoluten Zahlen in anderen Surveys vergleicht. Wir wissen etwa durch Yamashita, dass nur insgesamt 27,2% der japanischen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten des Jahres 2001 eine Kampô-Therapie (ärztlich verordnetes und OTC-Kampô zusammen gerechnet) angewandt hatte (Yamashita, 2002). Hori hingegen zeigte in einer Umfrage bei

515 Patienten zur Anwendung von CAM in den letzten 12 Monaten in einem ähnlichen Setting wie unserer konventionellen Klinik, einer Ambulanz einer städtischen Klinik, dass etwa 10% Kampô anwendeten (Hori, 2008).

Unsere Daten erscheinen trotzdem plausibel, wenn man die andersartige Fragestellung bedenkt. Hori und Yamashita erfragten nur die Benutzung von CAM in den letzten 12 Monaten. Wir fragten dagegen nach einer Kampô-Nutzung überhaupt, so dass der hohe Anteil an Patienten mit Vorerfahrung in unserem Survey durchaus nachvollziehbar ist. Durch unseren Survey wird nicht zum ersten Mal belegt, wie bedeutend die Nutzung von Kampô für die Japaner ist. Andere Autoren weisen zudem daraufhin, dass dies ein nicht zu vernachlässigender Kostenfaktor im Gesundheitswesen und für den einzelnen sein dürfte (Matsumoto, 1999).

### **5.3.2.2 Aktuelle Nutzung von Kampô**

Aktuell nahmen fast die Hälfte der Patienten des gesamten Studienkollektivs Kampô-Medikamente ein. Sogar in der konventionellen Klinik nutzte jeder Zehnte aktuell Kampô und fast die Hälfte hatte es in der Vergangenheit benutzt. Diese Rate bestätigt die Daten von Hori über die Nutzung von Kampô in den letzten 12 Monaten (Hori, 2008), wobei natürlich, wie oben bereits diskutiert, unsere und Horis Fragestellung nicht als deckungsgleich angesehen werden können. Jedoch untermauert die Tendenz der Ergebnisse unsere Daten.

Das Studienkollektiv der integrativen Klinik ist unseres Wissens bisher einmalig in der Literatur. Die Rate der Inanspruchnahme von 36% und derjenigen Anwender mit Vorerfahrung von 75% erscheint jedoch plausibel, da sie zwischen derjenigen der Kampô-Kliniken und dem Anteil der konventionellen Klinik liegt. Diese Daten sollten jedoch noch durch weitere Surveys an ähnlichen Kliniken bestätigt werden.

Trotz hoher Inanspruchnahme von Patienten mit Vorerfahrung von Kampô an der Kampô-Klinik in Tokio und der Kampô/CM-Klinik in Sendai ist zu beachten, dass nicht jeder Patient dieser Kliniken aktuell Kampô einnahm. Bei der Kampô/CM-Klinik waren es nur 72%, an der Kampô-Klinik sogar nur 69%. Dies lag bei der Kampô/CM-Klinik vermutlich am zusätzlichen Angebot an Akupunktur und Moxibustion. Dieses wurde je nach Entscheidung des Arztes eingesetzt, d.h. Patienten hatten entweder nur eine Kampô-Therapie, nur eine Therapie mit Akupunktur/Moxibustion oder beides. Bei der Kampô-Klinik in Tokio mit dem

alleinigen Angebot an Kampô jedoch ist die vergleichsweise niedrige Rate an aktuellen Nutzern zunächst schwer nachzuvollziehen. Vor allem, wenn man im Vergleich dazu Daten aus einer Umfrage von Uemura in einer Kampô-Klinik in Osaka heranzieht, in der die aktuelle Nutzung von Kampô durch Patienten bei 94% lag (Uemura, 2004). Es ist kaum anzunehmen, dass sich in Tokio pro Tag so viele neue Patienten ohne Vorerfahrung vorstellten. Die niedrige Rate kann nur durch eine zusätzliche Selektion erklärt werden. Es könnte sein, dass vor allem Patienten, die neu in der Ambulanz aufgenommen wurden, den Fragebogen ausgefüllt haben. Vielleicht hielten diese Patienten den Fragebogen für eine Art Anamnesebogen. Der sonst an Kliniken in Japan übliche handschriftlich auszufüllende Bogen war an der Kampô-Klinik durch ein elektronisches Anamnesesystem ersetzt worden.

### **5.3.2.3 Orte der Verordnung**

Die meisten Patienten (67%) nahmen zur Verordnung von Kampô die Hilfe eines Arztes entweder in einer Kampô-Klinik oder in einer konventionellen Klinik in Anspruch. Die Möglichkeit, OTC-Kampô zu erwerben, nutzte jeder zehnte Patient. Erstaunlich war, dass auch jeder fünfte Patient der konventionellen Klinik Kampô in einer Kampô-Klinik verordnet bekommen hatte. Allerdings ist die Trennung von Kliniken mit konventioneller Medizin und CAM-Verfahren in Japan unscharf (Yamashita, 2000). Daher bedarf es weiterer Klärung, ob die Patienten tatsächlich für diesen Zweck eine reine Kampô-Institution in Anspruch genommen hatten.

Weiterhin gab ein Drittel der Patienten an, Kampô aus eigener Entscheidung eingenommen zu haben. Hier blieb der Ort der Verordnung leider unklar. Somit hätte diese Frage deutlicher und ausschließender formuliert werden müssen. Zusätzlich müssen wir aufgrund dieses Punktes unsere zweite Hypothese hinterfragen, in der wir annahmen, dass die Patienten vor allem aufgrund einer Empfehlung eines Arztes eine spezialisierte Klinik aufsuchten. Hier gab es offensichtlich Patienten, die bewusst eine Kampô-Therapie suchten. Zur Klärung dieser Frage sollten auf jeden Fall Interviews mit ausgewählten Patienten stattfinden.

### **5.3.2.4 Gründe für die Nutzung einer Kampô-/CAM-Therapie**

Anwender von Kampô hatten eine positivere Einstellung zu Kampô als Nichtanwender. Sie berichteten, dass die Kampô-Medizin bei ihrer Art von Erkrankung mehr Effekt habe als die konventionelle Medizin. Wie bereits in der Fragestellung vermutet, nutzten Patienten Kampô aufgrund der Empfehlung des Arztes. Weitere Gründe sind eine positive Bewertung von

Kampô als ganzheitlich, natürlich und mit wenigen Nebenwirkungen versehen. Außerdem wurde Kampô eine hohe Effektivität zugesprochen. Die Empfehlung von Familienangehörigen/ Bekannten oder finanzielle Aspekte spielten eine untergeordnete Rolle. Außer den Patienten der Kampô-Klinik waren die Patienten aber nicht von der konventionellen Medizin generell enttäuscht.

Hier zeigen sich teilweise Unterschiede zu den Gründen der Kampô-Nutzung in einem Survey von Matsuoka. Bei 198 Patienten der Kampô-Klinik in Iizuka ergab die Empfehlung von Freunden/Bekanntem (42%) oder die Empfehlung eines Arztes (16%) den Impuls zur Benutzung von Kampô, aus eigener Entscheidung hatten 33% eine Kampô-Therapie in Anspruch genommen und 6% waren durch die Massenmedien (TV/Zeitung) beeinflusst worden (Matsuoka, 1995). Wir vermuten, dass die Unterschiede zu unserem Survey durch die andersartig formulierte Fragestellung bedingt sind und darüber hinaus die andersartige Befragung durch eine fünfstufige Skala andere Antworten hervorbrachte.

Leider eignen sich auch Daten aus dem internationalen Kontext zur Nutzung von CAM nur bedingt zum Abgleich. Sie sollen jedoch der Vollständigkeit halber genannt werden. Bei Yamashitas Kollektiv war hauptsächlich die Erkrankung nicht ernst genug, um eine konventionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen (60%) oder ließ die Erwartung von Gesundheitsverbesserung und Krankheitsprävention (49%), ein Artikel/Beitrag in Massenmedien (28%) und das unangenehme Warten im Krankenhaus/beim Arztbesuch (28%) sowie eine Empfehlung von Familienangehörigen/Bekanntem (27%) zu einer CAM- Therapie greifen (Yamashita, 2002).

Im Vergleich dazu Großbritannien: Bei einem nationalen repräsentativen Telefonsurvey 1999 zur Nutzung von CAM in den letzten 12 Monaten durch Ernst in Großbritannien waren die Gründe die erwartete Effektivität (25%), die persönliche Vorliebe (21%) und der Entspannungseffekt (19%). Bedeutend aber auch der Anteil an Patienten, die CAM zur allgemeinen Verbesserung des Befindens und als präventive Maßnahme einsetzten (14% und 12%) (Ernst, 2000a).

Der bei Ernst als „entspannender Effekt“ identifizierte Nutzungsfaktor einer alternativen Therapieform kann in dieser Form aus unseren Daten nicht abgeleitet werden. Die Frage, ob ein entspannender Effekt für die Patienten bei einer Therapie mit Kampô überhaupt eine Bedeutung hat, muss im Rahmen zukünftiger Forschung geklärt werden. Bei der Konzeption

des aktuellen Surveys war dies von untergeordneter Relevanz. Die von Yamashita und Ernst untersuchte Erwartung eines präventiven Effekts wurde bei unserem Survey ebenso nicht explizit untersucht. Jedoch lässt sich aus der Analyse schließen, dass Kampô nicht bewusst als Mittel zur Prävention gesehen wurde. Dies könnte eher für Menschen, die OTC-Kampô anwenden, von Bedeutung sein. Auch dies sollte im Rahmen von weiteren Surveys geklärt werden.

### **5.3.2.5 Erwartungen an die Therapie**

Die Tatsache, dass die Effektivität der Kampô-Therapie von den Patienten der Kampô verordnenden Kliniken als gut bewertet wurde, führte nicht dazu, dass die Patienten die Effektivität der konventionellen Medizin in Frage stellten. In allen befragten Kliniken wurde die Effektivität der konventionellen Medizin als gut bewertet.

Die Aussagen, dass die Kampô-Therapie als effektiv und eine konventionelle Behandlung ebenfalls als effektiv empfunden wird, könnten zunächst als widersprüchlich interpretiert werden. Jedoch hatte sich bereits Margaret Lock mit dieser Fragestellung beschäftigt und herausgefunden, dass die meisten Patienten sich nicht über das konventionelle Medizinsystem an sich beklagen. (Lock, 1980b). Als einziger aktuellerer Survey, der sich mit der perzipierten Effektivität einer CAM-Therapie in Japan beschäftigt, kann ein Survey von Flaherty und Takahashi mit 593 Patienten ab 59 Jahren in Saint Louis (286 Patienten) und Tokio (306 Patienten) gelten, in der die konventionelle Therapie im Gegensatz zu CAM als schlechter beurteilt wurde (Flaherty, 2001).

Der Schlüssel zum Verständnis für das unterschiedliche Ergebnis kann natürlich erstens die Art der CAM-Modalität sein. Unsere erste Hypothese legt nahe, dass Kampô von Patienten nicht als unterschiedlich zur konventionellen Therapie empfunden wird. Zudem fällt auf, dass die Rate der Benutzung von CAM bei Flaherty höher als in anderen vergleichbaren Surveys war. Die Autoren führten dies auf den höheren Anteil an älteren Menschen zurück. Unsere Patienten waren im Schnitt ebenso jünger als im Tokioter Kollektiv von Flaherty. Es ist zu vermuten, dass diese noch nicht so viele Therapien gegen chronische Leiden in Anspruch genommen oder ausprobiert hatten. Solche Vorerfahrungen könnten sich auf die erwartete Wirksamkeit von Therapien auswirken. Ein Punkt, der dies erhellen könnte, ist der Grad der Enttäuschung über die konventionelle Therapie. Jedoch wurden die Patienten in Flahertys Kollektiv dazu nicht befragt.

### 5.3.3 Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme

Für unseren Survey und die Beantwortung unserer Fragen war die Analyse einer Nicht-Inanspruchnahme ebenso bedeutsam. Trotz ihrer aktuellen Nicht-Inanspruchnahme von Kampô betonten die meisten Patienten, in Zukunft Kampô durchaus bei Bedarf anwenden zu wollen. Auch hier war die perzipierte Effektivität von Kampô hoch. Offensichtlich genießt Kampô ein hohes Vertrauen bei Japanern. Gründe hierfür mögen z.B. in der Beeinflussung durch die in Japan allgegenwärtige Werbung für Kampô-Präparate liegen. Dies konnte in der vorliegenden Arbeit nicht genauer untersucht werden, jedoch zeigte sich insgesamt ein grosses Interesse für Gesundheitsthemen.

Als Gründe für eine aktuelle Nicht-Inanspruchnahme wurden interessanterweise nicht die aufwändige Einnahme angegeben. Unzweifelhaft ist aus unserer Sicht die Einnahme von Kampô- Medikamenten selbst in Granulatform mühsam. Sie müssen in heißem Wasser aufgelöst und dreimal täglich eingenommen werden. So vergessen bis zu drei Viertel der Patienten die Einnahme von Zeit zu Zeit (Ikarashi 2009).

Auch die finanzielle Belastung scheint für die Patienten kein ausreichender Grund zu sein, keine Therapie zu beginnen. Ein Großteil der Kosten wird zwar von der Krankenkasse übernommen, aber zusätzlich zur konventionellen Therapie entstehen trotzdem weitere Kosten. Wahrscheinlich sind die Patienten bereit, im Falle einer Erkrankung mehr Geld auszugeben. Eine Kostenanalyse der tatsächlichen finanziellen Belastung wurde auch in anderen Surveys nicht durchgeführt. Dies könnte ein weiterer Ansatz für zukünftige Forschung sein.

## 5.4 Schlussfolgerung

In unserem Survey konnten wir erstmals Daten zu Anwendungsspektrum und Beliebtheit von Kampô aus unterschiedlichen Kliniken und Städten liefern. Der Survey ergab, dass die Benutzer von Kampô eher weiblich, besser gebildet und chronisch krank sind.

Wir konnten die erste und letzte unserer in der Fragestellung formulierten Hypothesen bestätigen: Kampô wurde, wie vermutet, von den meisten Japanern nicht als alternatives Heilverfahren gesehen, sondern ergänzend zur konventionellen Medizin eingenommen. Weiterhin konnten wir zeigen, dass der Besuch einer spezialisierten Kampô-Einrichtung mit hohen Erwartungen verbunden war.

Die zweite Hypothese konnten wir durch Analyse der Daten nur teilweise bestätigen. Es ließ sich zwar nachweisen, dass Verständnis und Wissen um die medizinischen und philosophischen Hintergründe von Kampô gering ausgeprägt waren und beim Nutzungsverhalten keine Rolle spielten. Jedoch gab es durchaus Patienten, die sich bewusst einer Kampô-Therapie zuwendeten und nicht nur wegen der Empfehlung eines Arztes eine spezialisierte Ambulanz aufsuchten. Zudem war die Enttäuschung über die konventionelle Medizin nicht so stark ausgeprägt, wie dies von uns vermutet worden war.

Zur Therapie von Erkrankungen ist Kampô für japanische Patienten ein wichtiges Therapieverfahren. Inwieweit potentielle Risiken und unerwünschte Wirkungen bestehen, muss gesondert erforscht werden. Weiterhin ist unklar, unter welchen Bedingungen eine Anwendung sicher, effektiv und kostengünstiger ist. Dies gilt umso mehr für eine bei den Patienten äußerst beliebte Kombinationstherapie mit der konventionellen Medizin. Zu bedenken ist hierbei, dass Patienten üblicherweise die Benutzung von CAM nicht den behandelnden Ärzten mitteilen (Hori, 2008). Dies gilt wahrscheinlich auch für eine Therapieform wie Kampô. Daher muss die Forschung in diesem Gebiet intensiviert werden.

Aus der Diskussion der vorgenannten Aspekte zeichneten sich Stärken und Schwächen unseres Surveys ab, die bei zukünftiger Forschung berücksichtigt werden sollten. Die Entwicklung eines den kulturellen Gegebenheiten angepassten Fragebogens ist wichtig. Zudem sollte durch den Einschluss von mehr Kliniken und Patienten versucht werden, eine größere Repräsentativität zu erreichen. Dies könnte durch die Befragung in zahlreichen Kampô-Zentren des Landes gewährleistet werden, da sich, wie in unserer Arbeit gezeigt, die Versorgungsrealität und die Gegebenheiten stark in den einzelnen Zentren unterscheiden. Weiterhin sollte eine Analyse erfolgen, wie groß der Einfluss der Massenmedien und vor allem des Internets ist, da diese immer wieder als Einflussfaktoren genannt werden. Zudem sollten auch Patienten, die OTC-Kampô nutzen, zu ihrem Nutzungsverhalten und Einstellungen eingehender befragt werden und die Kosten, die für Patienten bei einer Benutzung von Kampô tatsächlich entstehen, analysiert werden.

## 6 Zusammenfassung

Kampô ist ein ca. 1500 Jahre altes traditionelles japanisches Heilverfahren, das seine Wurzeln in der Chinesischen Medizin (CM) hat. In der Zeit der Meiji-Restauration (1868) kam es vorübergehend zu einer Abschaffung von Kampô. Seit der Wiederentdeckung Anfang des 20. Jh. erfährt es eine zunehmende Popularität. Mittlerweise benutzen ca. 27% der japanischen Bevölkerung Kampô. Bisher existieren jedoch nur wenige Daten über die Nutzer von Kampô.

Zielsetzung der Arbeit war, die Nutzung von Kampô bei Patienten in Japan zu evaluieren, das Spektrum an Erkrankungen, das zu einer Vorstellung in einer Kampô-Klinik führte sowie die Gründe für eine Anwendung zu dokumentieren. Es wurde ein Fragebogensurvey in den Monaten September und Oktober 2008 in zwei japanischen Großstädten (Sendai und Tokio) durchgeführt. Der Survey wurde multizentrisch in drei Kliniken mit spezieller Kampô-Ausrichtung (Kampô/CM-Klinik, Kampô-Klinik, integrative Klinik) und einer konventionellen Klinik durchgeführt.

Alle Patienten, die eine teilnehmende Klinik aufsuchten und bei denen mind. 30 min Wartezeit absehbar war, wurden gebeten den Fragebogen auszufüllen. Die Befragung fand in japanischer Sprache statt und wurde anonym durchgeführt. Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit deutschen und japanischen Wissenschaftlern entwickelt. Die Dateneingabe erfolgte in Microsoft Excel® 2008 (Microsoft Corporation). Die Auswertungen wurden mit dem statistischen Softwarepaket SPSS® 16.0 (SPSS Inc., Chicago) und mit PASW® Statistics Version 18 (SPSS Inc., Chicago) durchgeführt.

Insgesamt nahmen 500 Patienten (Kampô/CM-Klinik n= 93, Kampô-Klinik n= 125, integrative Klinik n= 136, konventionelle Klinik n= 146) an der Befragung teil. Das mittlere Alter lag bei  $51,9 \pm 16,33$  Jahren und 64% der Teilnehmer waren Frauen. Insgesamt hatten fast  $\frac{3}{4}$  aller Befragten (72%) Erfahrung mit Kampô (Kampô/CM-Klinik 91%, Kampô-Klinik 88%, integrative Klinik 75% und konventionelle Klinik 46%), wobei fast die Hälfte der Patienten (45%) Kampô und konventionelle Medizin kombinierten. Die Patienten hatten Kampô zumeist wegen einer Erkältung (34%) angewendet, gefolgt von Magen- und Darmbeschwerden (29%) sowie Überempfindlichkeit gegen Kälte (26%) und Schulterverspannung (19%). Ein Einsatz von Kampô wurde von den meisten Patienten bei Überempfindlichkeit gegenüber Kälte (56%), Schulterverspannung (35%), Magen-Darm-Beschwerden (34%) und Übergewicht (28%) empfohlen.

Anwender von Kampô waren häufiger weiblich (69% vs. 49%,  $p < 0,001$ ), öfter chronisch krank (49% vs. 31%,  $p = 0,001$ ) und litten öfter an psychischen Erkrankungen (10% vs. 3%,  $p = 0,007$ ). Sie hatten zudem eine tendenziell höhere Schulbildung (mindestens College oder Universität: 54% vs. 46%,  $p = 0,050$ ). Keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Kampô-Anwendern zeigten sich hinsichtlich Alter, Familienstand und schweren Erkrankungen innerhalb der letzten fünf Jahre. Dies wurde durch die logistischen Regressionsanalysen bestätigt. Frauen (OR (95% KI) 2,32 (1,52–3,54)), Patienten mit chronischen (OR 2,11 (1,37–3,27) und psychischen Erkrankungen (OR 4,34 (1,31–14,37)) nutzten häufiger Kampô.

Die Anwender von Kampô sprachen Kampô im Vergleich zu den Nicht-Anwendern mehr Effekt zu (OR (95% KI) 3,11 (2,23–4,34)) und waren zufriedener mit der Kampô-Therapie (OR 3,07 (2,21 – 4,28)). Gleichzeitig sprachen sie aber auch der konventionellen Medizin mehr Effekt zu (OR 1,55 (1,19–2,03)) und waren keinesfalls mit der konventionellen Medizin unzufrieden (OR 0,96 (0,75–1,24)) oder von den behandelnden Ärzten enttäuscht (OR 1,02 (0,82–1,26)). Die Anwender gaben als Gründe für eine Nutzung von Kampô neben der Sorge um Nebenwirkungen der konventionellen Therapie die Empfehlung des Arztes, den ganzheitlichen und natürlichen Ansatz der Kampô-Therapie und ihre antizipierte Effektivität bei einer bestimmten Erkrankung an.

Das Wissen über Kampô war insgesamt sehr gering ausgeprägt, nur 12% der Patienten gaben an, über gutes bis sehr gutes Wissen zu verfügen, selbst bei Patienten in den Kliniken mit spezieller Kampô- Ausrichtung war der Anteil eher gering (Kampô/CM-Klinik 16%, Kampô-Klinik 24%, integrative Klinik 7%).

Zusammenfassend zeigte sich, dass Kampô häufig angewendet wurde, vor allem in Kombination mit konventioneller Therapie im Sinnes eines integrativen Ansatzes, wobei sich Unterschiede zwischen den Patienten der auf Kampô spezialisierten Kliniken und der konventionellen Klinik zeigten. Zudem ließen sich Faktoren identifizieren, die mit einer Nutzung von Kampô assoziiert waren.

## 7 Literaturverzeichnis

- (1) Arai Y, Ikegami N. Health care systems in transition. II. Japan, Part I. An overview of the Japanese health care systems. *J Public Health Med* 1998;20(1):29-33.
- (2) Brüggemann S. *Pschyrembel Sozialmedizin*. 1. Auflage. De Gruyter, Berlin 2007.
- (3) Eberhard U. *Kampo – eine Alternative zur westlichen Medizin?* 2 ed. Deutsche Gesellschaft für Natur- und Völkerkunde Ostasiens, Tokyo 1986.
- (4) Eberhard U. *Kampo*. *Deutsche Zeitsch f Akupunktur* 2004;2(47):21-29.
- (5) Eberhard U. *Leitfaden Kampo-Medizin: Japanische Phytotherapie*. Urban & Fischer bei Elsevier, München 2003.
- (6) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280(18):1569-1575.
- (7) Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 2000a;8(1):32-36.
- (8) Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2000b;78(2):252-257.
- (9) Flaherty JH, Takahashi R, Teoh J et al. Use of alternative therapies in older outpatients in the United States and Japan: prevalence, reporting patterns, and perceived effectiveness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(10):M650-655.
- (10) Fujikawa Y. *Geschichte der Medizin in Japan*. Meinhold, Dresden 1911.
- (11) Fujiwara K, Imanishi J, Watanabe S et al. Changes in attitudes of Japanese doctors toward complementary and alternative medicine: Comparison of surveys in 1999 and 2005 in Kyoto. *eCAM* 2009;doi:10.1093/ecam/nep040.
- (12) Fukuda S, Watanabe E, Ono N et al. [Use of complementary and alternative medicine and health problems] [Article in Japanese]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2006;53(4):293-300.
- (13) Furnham A, Bhagrath R. A comparison of health beliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine. *Br J Clin Psychol* 1993;32(Pt 2):237-246.

- (14) Furnham A, Forey J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *J Clin Psychol* 1994;50(3):458-469.
- (15) Furnham A, Kirkcaldy B. The health beliefs and behaviours of orthodox and complementary medicine clients. *Br J Clin Psychol* 1996;35(Pt1):49-61.
- (16) Hori S, Mihaylov I, Vasconcelos JC et al. Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:14.
- (17) Iglehart JK. Japan's medical care system: Part two. *N Engl J Med*. 1988; Oct 27; 319: 1166–1172.
- (18) Ikarashi N, Ito K, Kimura T et al. Survey of the use of Kampo medicine at the Kampo clinic: Patients perceptions and compliance regarding Kampo medicines [Article in Japanese]. *Kampo Medicine* 2009;60(4),435-442.
- (19) Ikarashi N, Shimura A, Takezawa T et al. Survey of the use of Kampo medicines at Kampo clinic I : Combined use with Western drugs [Article in Japanese]. *Jpn J Pharm Hlth Care Sci* 2007;33(4):353-358.
- (20) Ikegami N, Campbell JC. Medical care in Japan. *N Engl J Med* 1995;333(19):1295-1299.
- (21) Ikegami N. Japanese health care: low cost through regulated fees. *Health Aff (Millwood)* 1991;10(3):87-109.
- (22) Ishibashi A, Kosoto H, Ohno S et al. General introduction to Kampo. In: The Japan Society for Oriental Medicine (ed.) *Introduction to Kampo, Japanese traditional Medicine*. Elsevier, Tokio 2005, S. 2-15.
- (23) Kenner D. The role of traditional herbal medicine in modern Japan. *Acupunct Today* 2001;2(8):1-5.
- (24) Kiefer D, Pitluk J, Klunk K. An overview of CAM: components and clinical uses. *Nutr Clin Pract* 2009;24(5):549-559.
- (25) Kishi Y, Hosaka T, Kurosawa H. Current status of general hospital psychiatry in Japan. *Psychiatria Et Neurologia Japonica* 2003;105(3):296-306.
- (26) Kobayashi T. Persönliche Mitteilung: Daten der Firma Tsumura zu Gebrauch von Kampô-Medikamenten und Dekokt-Verordnung, 2.2.2010.

- (27) Konaka, H. 漢方外来広がる大学病院 *kanpou gairai hirogaru daigaku byôin* [Immer mehr Kampô-Kliniken in Universitätskliniken] [Article in Japanese]. In: 日本経済新聞 *Nihon keizai shinbun* [japanische Wirtschaftszeitung], Nr. 44030 vom 17.8.2008, S. 29.
- (28) Kondo J. The iron triangle of Japan's health care. *BMJ* 2005;330(7482):55-56.
- (29) Lock MM. East Asian medicine in urban Japan. Univ. of California Press, Berkeley, Calif. [u.a.] 1980a.
- (30) Lock MM. The organization and practice of East Asian medicine in Japan: continuity and change. *Social Science & Medicine* 1980b;14B:245-253.
- (31) Marstedt G, Moebus S. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Robert Koch Institut, Berlin 2002;9.
- (32) Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. Integrating traditional medicine in Japan: the case of Kampo medicines. *Complement Ther Med* 1999;7(4):254-255.
- (33) Matsuoka K, Fukunaga S. Significance and usefulness of Japanese oriental (Kampo) medicine in a general hospital [Article in Japanese]. *Japanese Journal of Oriental Medicine* 1995;45(3):633-641.
- (34) Ministerium für Inneres und Kommunikation Japans, 2000: Population of Japan (Final report of the 2000 population census) [www.stat.go.jp/english/data/kokusei/2000/final/hyodai.htm](http://www.stat.go.jp/english/data/kokusei/2000/final/hyodai.htm), Zugriff auf die Website am 4.2.2010.
- (35) Ministerium für Inneres und Kommunikation Japans, 2007: Employment Status Survey 2007. [www.stat.go.jp/english/data/shugyou/index.htm](http://www.stat.go.jp/english/data/shugyou/index.htm), Zugriff auf die Website am 4.2.2010.
- (36) Motoo Y, Arai I, Hyodo I et al. Current status of Kampo (Japanese herbal) medicines in Japanese clinical practice guidelines. *Complement Ther Med* 2009;17(3):147-54.
- (37) Nakano Y, Arai S, Mizobe H et al. The level of awareness concerning Kampo among out-patients [Article in Japanese]. *Japanese Journal of Oriental Medicine* 1995;46(1):121-126.

- (38) NCCAM, 2010: National Center for Complementary and Alternative Medicine  
[www.nccam.nih.gov/health/whatiscom/overview.htm](http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscom/overview.htm), Zugriff auf die Website am 28.9.2010.
- (39) Negishi E, Domon Y, Ueda M et al. [Surveillance study about the use actual of prescription drugs from the viewpoint of gender] [Article in Japanese]. *Yakugaku Zasshi* 2005;125(10):821-827.
- (40) Oberländer C. *Zwischen Tradition und Moderne: Die Bewegung für den Fortbestand der Kanpô-Medizin in Japan*. Steiner, Stuttgart 1995.
- (41) Ohnuki-Tierney E. *Illness and culture in contemporary Japan*. Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- (42) Otsuka K. *Kampo*. Tsumura Juntendo, Tokio 1976.
- (43) Otsuka Y. Introduction to Oriental medicine: The theory of Kampo therapy. *Bulletin of the Oriental Healing Arts Institute of U.S.A.* 1988;13(4):217-221.
- (44) Otsuka Y. The origins of Chinese herbal medicine. *Bulletin of the Oriental Healing Arts Institute of U.S.A.* 1985;10(3):93-99.
- (45) Plotnikoff G, Watanabe K, Yashiro F. Kampo: from old wisdom comes new knowledge. *HerbalGram* 2008;78:46-57.
- (46) Reißweber H. Japanische Phytotherapie (Kampo) und ihr Stellenwert in der modernen Medizin. *Zeitschrift für Phytotherapie* 2002;23:242-246.
- (47) Rosner E. *Medizingeschichte Japans*. Brill, Leiden [u.a.] 1989.
- (48) Sakai S. *Nihon iryoshi* [History of medical care in Japan] [in Japanese]. Tokyo Shoseki, Tokio 1982.
- (49) Satoh H. [An introduction to kampo medicine] [Article in Japanese]. *Nippon Yakurigaku Zasshi (Folia Pharmacol Jpn)* 2008;132(5):260-264.
- (50) Schamoni, 2009: [www.rzuser.uni-heidelberg.de/~hw3/pdf/umschrift-jap.pdf](http://www.rzuser.uni-heidelberg.de/~hw3/pdf/umschrift-jap.pdf).  
Schamoni W. Regeln für die Umschrift des Japanischen in schriftlichen Arbeiten, Zugriff auf die Website am 27.4.2009.
- (51) Sugimoto A, Furnham A. The health beliefs, experiences and personality of Japanese patients seeking orthodox vs complementary medicine. *Complement Ther Med* 1999;7(3):175-182.

- (52) Suzuki N. Complementary and alternative medicine: a Japanese perspective. *Evid Based Complement Alternat Med* 2004a;1(2):113-118.
- (53) Suzuki N, Ohno S, Kamei T et al. Complementary and alternative medicine in Japan. *Adv Exp Med Biol*. 2004b;546:9-25.
- (54) Teramoto S. Doctor's attitudes to complementary medicine. *Lancet* 2000;355(9202):501-502.
- (55) Terasawa K, Itoh T, Nagasaka K et al. Diagnosis and treatment. In: The Japan Society for Oriental Medicine (ed.) *Introduction to Kampo, Japanese traditional medicine*. Elsevier, Tokyo 2005:18-62.
- (56) Terasawa K. *Kampo: Praxis der traditionellen fernöstlichen Phytotherapie anhand von klinischen Fallbeispielen*. Haug, Heidelberg 1994.
- (57) Togo T, Urata S, Sawazaki K. Demand for CAM practice at hospitals in Japan: a population survey in Mie prefecture. *eCAM* 2010, doi:10.1093/ecam/neq049
- (58) Tokuda Y, Takahashi O, Ohde S et al. Health locus of control and use of conventional and alternative care: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2007;57(541):643-649.
- (59) Trading economics, 2010: Global Economics Research.  
[www.tradingeconomics.com/Economics/Unemployment-rate.aspx?symbol=JPY](http://www.tradingeconomics.com/Economics/Unemployment-rate.aspx?symbol=JPY)  
Japan Unemployment Rate of Japan, Zugriff auf die Website am 4.2.2010.
- (60) Tsuruoka Y, Tsuruoka K, Kajii E. Education in complementary and alternative medicine in Japanese medical schools: follow-up study, 1999-2004 [Article in Japanese]. *医学教育 Igaku kyôiku* [Education in medicine] 2005; 36(5):323-328.
- (61) Tsuruoka Y, Tsuruoka K, Long S. Understanding the use of complementary and alternative medicine (CAM) in Japanese primary care: a qualitative study. *Japanese Journal of Primary Care* 2006;29(1):15-21.
- (62) Uemura H. Heterogeneity among complementary and alternative therapies: results of a survey of outpatients in Japanese general practices. *Journal of Kyoto Prefectural University of Medicine* 2004;113(5):285-294.

- (63) Watanabe K, Matsuura K, Gao P et al. Traditional Japanese Kampo medicine: clinical research between modernity and traditional medicine: the state of research and methodological suggestions for the future. *eCAM* 2010; doi:10.1093/ecam/neaq067.
- (64) Watanabe K. わが国における漢方医学教育の現状 [Education for Kampo in our country]. In: 慶應義塾大学病院漢方クリニック [Keio University Kampo Clinic] (ed.) 21世紀の漢方医学 [Kampo in the 21st Century] [Article in Japanese]. 現代のエスプリ *L'esprit d'aujourd'hui*. Shibundo, Tokyo 2004;439:51-63.
- (65) Watanabe S, Imanishi J, Satoh M et al. Unique place of Kampo (Japanese traditional medicine) in complementary and alternative medicine: a survey of doctors belonging to the regional medical association in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2001;194(1):55-63.
- (66) Watanabe T, Ohtani Y, Yamamoto T et al. Pharmaceutical terms reflecting the change in practice in Japan. *Yakugaku Zasshi* 2005;125(3):271-281.
- (67) WHO, 2007: WHO International standard terminologies on traditional medicine in the Western Pacific region.  
[www.wpro.who.int/publications/PUB\\_9789290612487.htm](http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290612487.htm), Zugriff auf die Website am 26.4.2010.
- (68) Willich SN, Girke M, Hoppe JD et al. Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. *Dtsch Arztebl* 2004;101(19):A 1314-1319.
- (69) Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C. Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complement Ther Med* 2002;10(2):84-93.
- (70) Yamashita H, Tsukayama H. Commentary on Sugimoto and Furnham 'The health beliefs, experiences and personality of Japanese patients seeking orthodox vs complementary medicine'. *Complement Ther Med* 2000;8(1):54-55.
- (71) Yamauchi M, Goldbeck-Wood S, Dorozynski A et al. Complementary medicine is booming worldwide. *BMJ* 1996;313(7050):131-133.
- (72) Yu F, Takahashi T, Moriya J et al. Traditional Chinese medicine and Kampo: a review from the distant past for the future. *J Int Med Res* 2006;34(3):231-239.

## 8 Anhang

### 8.1 Bemerkungen zur japanischen Umschrift

In dieser Dissertation wurde das modifizierte Hepburn-System zur japanischen Umschrift verwendet. Die wichtigsten Regeln werden im Folgenden kurz skizziert (Schamoni, 2009).

Der Silbenschlussnasal „n“ wurde immer als „n“ transkribiert (*kanbun* statt *kambun*). Diese Regel wurde nicht angewendet, wenn die Wörter schon im Deutschen als solches eingeführt sind (z.B. Kampô). Zwischen Vokalen wurde kein Apostroph gesetzt. Bei Langvokalen wurde Zirkumflex (ô, û, usw.) benutzt.

Namen und Titel, die im Original in nicht-alphabetischen Schriften geschrieben sind, wurden buchstabengetreu umgeschrieben. Bei chinesischen Namen und Titeln wurde die Pinyin-Transliteration verwendet.

Japanische Namen wurden in der ursprünglichen Reihenfolge (Familiennamen vor Vorname) belassen und die korrekte Schreibweise ermittelt. Die Namen von Autoren wurden im Literaturverzeichnis und dementsprechend in den Quellenangaben so geschrieben, wie sie in der Publikation angegeben waren, so z.B. auch ohne Längungszeichen (Kato, Shuichi).

Japanische Wörter sind im Text als Fremdwörter klein und kursiv geschrieben (*shô*). Groß und nicht kursiv geschrieben werden allerdings Eigennamen wie die von Personen (Tashiro Sanki), Firmen (Tsumura) und Orten (Sendai). Bei Organisationen, Institutionen, Gesetzen wurde nur der erste Bestandteil des Namens groß geschrieben. Im Deutschen gebräuchliche japanische Wörter (Tennô, Manga) wurden in Standardschrift geschrieben.

Bei Verwendung japanischer Vokabeln im Text erfolgte die deutsche Übersetzung an erster Stelle, dann das japanische Wort in Klammern, evtl. mit den entsprechenden Kanji am Schluss, z.B. Medizin aus dem Westen (*seiyô igaku* 西洋医学).

Buchtitel, Zeitungs- und Zeitschriftentitel wurden kursiv und Aufsatztitel in Standardschrift mit Anführungszeichen geschrieben, nur das erste Wort des Titels wurde mit Großbuchstaben versehen (*Gendai no esprit*). Bei Titeln von japanischen Publikationen, die noch nicht ins Deutsche übersetzt sind, wurde die eigene Übersetzung hinter dem japanischen Titel mit Standardschrift in eckigen Klammern versehen, z.B. 医学教育 *Igaku kyôiku* [Education in medicine]. Wenn eine Übersetzung vorlag, wurde diese verwendet, z.B. プライマリ・ケア Japanese Journal of Primary Care.

Zur Worttrennung gab es keine verbindlichen Vorgaben, es war wichtig, dass die Worttrennung und die Benutzung von Bindestrichen das Lesen von japanischsprachigen Ausdrücken und Zitaten erleichtern soll. Als Faustregel galt, dass selbständige Lexeme getrennt geschrieben werden (*iyaku bungyô*).

Bei sino-japanischen Wörtern mit mehr als drei Silben wurden die Worte getrennt geschrieben bzw. mit einem Bindestrich versehen (*ninjintô ka bushi* 人參湯加附子 bzw. Nihonkoku-kenzaisho-mokuroku 日本国見在書目録).

## 8.2 Beschreibung der Kliniken

### 8.2.1 Kampô/CM-Klinik

Die Universitätsklinik in Sendai, in der sich die Ambulanz befindet, hat etwa 1000 Betten, davon sind 20 für die Kampô-Abteilung reserviert. Stationäre Aufnahme von Kampô-Patienten gibt es allerdings selten. Die Kampô-Klinik hat etwa zehn Mitarbeiter, dazu gehören vier Ärzte, die neben Kampô auch Akupunktur und Moxibustion durchführen, zwei Krankenschwestern und vier Akupunkteure.

Der Oberarzt der Klinik, Dr. A, nimmt sich viel Zeit für die Anamnese der aktuellen Beschwerden, die von den Patienten meist sehr detailliert geschildert werden. Er fragt nach, skizziert die betreffenden Körperteile in der Patienten-Akte und markiert dort die schmerzhaften Punkte. Er wiederholt dann noch einmal das vom Patienten Gesagte und fragt nach der Schmerzstärke der einzelnen Partien. Dazu verwendet er eine zehnstufige Einteilung, die sog. numerische Analogskala. Auch nach der Behandlung erarbeitet er detaillierte Skizzen der betroffenen Partien und erfasst auch Beschwerden wie Schwellungsgefühl (*mukumi*) und Taubheitsgefühl (*shibire*) nach der numerischen Analogskala. Auf diese Art versucht er die Wirksamkeit der Behandlung zu evaluieren. Die körperliche Untersuchung mit Diagnostik und Therapie kann fünf Minuten, aber auch je nach Fall zweieinhalb Stunden beanspruchen.

Patienten jeden Alters werden dort behandelt, die ein komplexes Spektrum an chronischen, von der konventionellen Medizin teilweise unheilbaren Erkrankungen, wie z.B. Duchenne Muskeldystrophie, Magenkrebs mit Komplikationen durch die Chemotherapie, Leukämie u. a. bieten.

Die therapeutischen Strategien der Klinik bestehen aus Kampô-Medizin und Akupunktur in Verbindung mit Moxibustion. Kampô-Medizin wird entweder als Granulat oder als Kampô-Dekokt verschrieben. Es werden oft Modifikationen der Original-Rezepturen eingesetzt.

Dekokte sind nach Ansicht von Dr. A viel wirksamer und enthalten ein Vielfaches der Dosis des Wirkstoffes der Granulate. Jedoch beklagten Patienten häufig bei der Anamnese, dass die Dekokte unerträglich schmeckten. Bei einem stationären Patienten fühlten sich Mitpatienten durch die Geruchsentwicklung beim Abkochen des Dekokts auf der Station so gestört, dass die Therapie auf Granulat-Präparate umgestellt wurde.

Eine Terminvereinbarung scheint schwierig zu sein, es gibt Wartezeiten von ca. zwei bis drei Monaten. Laut mündlicher Auskunft von Dr. A werden aufgrund des Ressourcenmangels aktuell keine Patienten mit „leichten“ Erkrankungen angenommen. Sollten Vorstellungen von anderen Ärzten erfolgen, werde abgewogen, ob die Erkrankung „schwer genug“ sei. Daher müssten Patienten, die unbedingt kommen wollten, für einen Termin teilweise bis zu einem halben Jahr warten oder würden an andere Orte verwiesen.

Die Sprechstunden der Ambulanz sind wochentags außer mittwochs jeden Tag von 8:30 bis 17:00, am Mittwoch bis 12:00. Mittwochs fährt Dr. A ca. zwei Stunden in ein 50 km entferntes kleineres, dörflich gelegenes Krankenhaus und bietet dort von 9:00 bis 17:00 Uhr eine Sprechstunde für Kampô/CM-Heilkunde an.

Die räumlichen Gegebenheiten der Ambulanz in Sendai bestehen aus sechs kleinen Kabinen, in denen Kampô bzw. Akupunktur praktiziert wird. Die Mitarbeiter erscheinen hoch motiviert.

Im Interview berichtet Dr. A, dass er gerne Patienten mit unheilbaren Krankheiten heilen und eine Methode finden möchte, wie diesen Patienten zu helfen sei. Er sei zwar gelegentlich enttäuscht, wenn er sehe, wie Patienten keine Verbesserung erlebten. Er versuche dann, die Therapie anzupassen. Wenn Kampô-Medizin nicht helfe, praktiziere er Akupunktur, habe die keinen Effekt, verwende er Moxibustion.

Dr. A hat seine Ausbildung bei verschiedenen Institutionen für Kampô absolviert und sagt von sich selbst, dass er nur ihm logisch erscheinende Medizin praktiziere. Als er Kampô gelernt habe, habe er sich immer für die Zusammenhänge interessiert. Durch seine Versuche, ein Schema zu finden, habe er gemerkt, dass die Kampô-Medizin die Organtheorie der CM, die sich in der chinesischen Literatur finde, vernachlässigt habe. Nach deren Einführung erscheine ihm die Medizin viel logischer, daher praktiziere er nicht nur Kampô, sondern auch CM.

### 8.2.2 Integrative Klinik

Die Klinik liegt vom Stadtzentrum Sendais ca. drei Kilometer entfernt. Im selben Gebäudekomplex finden sich ein großer Supermarkt, ein Baumarkt, mehrere Geschäfte von Bekleidungsketten, eine Apotheke und angrenzend ein großer Parkplatz.

Die Klinik wird von einem niedergelassenen Arzt, Dr. B, geführt. Er bietet sowohl konventionelle Medizin als auch verschiedene CAM-Modalitäten, unter anderem Kampô und Hömöopathie, an. Falls Patienten mit psychischen Problemen dies wünschen, wird sog. „Counselling“, eine Art Gesprächstherapie, angeboten, die jedoch nicht von Dr. B selbst durchgeführt wird. Als Subspezialisierungen gibt Dr. B weiterhin Allergologie, Rheumatologie, Pulmonologie, Kardiologie, Pädiatrie und Innere Medizin an.

Beim ersten Eindruck scheint Dr. B eher mit seinem Computer beschäftigt zu sein als mit seinem Patienten, da er bei der Anamnese dem Computerbildschirm zugewandt sitzt und die Patienten nur gelegentlich ansieht. Die betreffenden Patienten können mitverfolgen, was er am Computer schreibt, da sie einen freien Blick auf den Monitor haben. Dr. B scheint Schwierigkeiten mit der Bedienung seines Computers zu haben. So dauert es eine Weile, bis er die einzelnen Felder des Programms ausgewählt und angeklickt hat.

Für alle Patienten nimmt er sich sehr viel Zeit, selbst für bereits bekannte Patienten, die neu aufgetretene Beschwerden haben. Auch wenn jemand nur ein Rezept holen möchte, fragt er nach dem Befinden und notiert ausführlich die Veränderungen. Die Erstuntersuchung eines Patienten erfolgt sehr gründlich. Hierzu gehört eine ausführliche Anamnese und eine sorgfältige körperliche Untersuchung. Dabei legt Dr. B besonderen Wert auf die Bauchuntersuchung, die ebenso wie Zungen- und Pulsbefunde im Computer sorgfältig skizziert werden. Eine Kampô-*shô*-Diagnose selbst notiert Dr. B nicht, aber er geht relativ genau nach einem Lehrbuch vor, das auf seinem Schreibtisch liegt. Gelegentlich schlägt er dort nach oder zeigt die darin dargestellten Skizzen den Patienten zur Erläuterung ihrer Erkrankung oder Therapie.

Die in der Klinik angestellten Krankenschwestern drängen zur Eile, wenn sehr viele Patienten im Wartezimmer sitzen. Dr. B lässt sich jedoch niemals aus der Ruhe bringen, und geht nach seinem eingespielten Schema vor. Der Untersucherin gegenüber erwähnen die Sprechstundenhilfen, dass die Patienten daher teilweise sehr lange warten müssten. Auf die Entgegnung, dass sich Dr. B eben sehr viel Zeit nehme und er sehr gründlich sei, berichten sie, dass das

viele Patienten auch schätzten, dies aber ein Problem wäre, wenn Patienten nur zur Abholung eines Rezepts oder wegen einer leichten Erkältung kämen.

Die Klinik selbst ist in einem freundlichen, hellen Farbton gestrichen und ca. 200 m<sup>2</sup> groß. Es gibt zwei Räume für die Behandlung von Patienten. In einem Raum befindet sich das Sprechzimmer, der andere Raum enthält drei Patientenliegen, die mit Vorhängen abgetrennt werden können. Zur Diagnostik stehen zwei EKG-Geräte, ein Spirometrie-Gerät, ein Urinanalysegerät, eine Zentrifuge, ein Gerät zur Bestimmung der Blutzellen, ein Hörtestgerät und ein Röntgenraum zur Verfügung. Daher besteht die Möglichkeit, die ein- bis fünfjährlich stattfindende gesetzlich vorgeschriebene Gesundheitsuntersuchung komplett in der Praxis zu absolvieren.

Der Wartebereich ist großzügig mit zwei Stuhlreihen mit jeweils fünf Sitzen gestaltet. Mit einem Paravent ist ein kleiner Raum für zwei Massagesessel abgetrennt, die kostenlos benutzt werden können. Der Empfangstresen bietet Platz für zwei Sprechstundenhilfen und kann vom Wartezimmer aus direkt eingesehen werden. Wie fast überall in Japan wird auch hier der Datenschutz nicht besonders streng eingehalten. Bei Telefonaten fallen öfter die Namen der Betroffenen. Auch wird Dr. B während einer Untersuchung vom Personal direkt angesprochen und der gerade in Behandlung befindliche Patient kann mithören und ggf. auch den Fall am Computer einsehen.

Die Krankenschwestern sind sehr freundlich und eher zurückhaltend und haben alle etwas Mütterliches. Befremdlich wirkt es auf den westlichen Beobachter, dass die Sprechstundenhilfen konkrete Ratschläge an gerade im Gespräch mit Dr. B befindliche Patienten gibt. Allerdings ist Dr. B auch in diesem Punkt eher zurückhaltend. Die Patienten wirken ganz dankbar für die Tipps der Krankenschwester.

### **8.2.3 Kampô-Klinik**

Die Klinik befindet sich an einem großen Universitätskrankenhaus in Tokio. Es wird nur eine Kampô-Diagnose und -Therapie angeboten. Die Klinik befindet sich in sehr beengten Räumlichkeiten. Der Leiter der Klinik, Prof. C, führt die Sprechstunde in einem ca. 15 Quadratmeter großen Raum mit einer Liege durch. Vor ihm stehen zwei Monitore. Zu seiner Linken sitzt eine Assistenz-Ärztin, die ihm die jeweils nächste Patientenakte zureicht und die von ihm angesagten Rezepte ausdruckt und Untersuchungen eingibt. Die Untersuchungs- und

steht an einer Wand des kleinen Raumes, dieser Bereich wird durch einen Vorhang abgetrennt. Zur Diagnostik steht eine automatisierte Waage mit integrierter Körperlängenmessung zur Verfügung. In der Ecke neben der Liege befindet sich ein Wandschrank, in dem einige dekorativ aussehende chinesische Arzneimittel in großen Gläsern aufbewahrt werden.

Weiterhin sind zwei Krankenschwestern zugegen, die sich in der anderen Hälfte des Raums, der durch einen mit Patientenakten gefüllten Schrank abgetrennt wird, aufhalten. Sie nehmen Patientenakten entgegen oder suchen nach Patienten, die auf Aufruf nicht erscheinen. Insgesamt fällt der straff organisierte Arbeitsablauf auf.

Bei der Anamnese sitzt Prof. C den Patienten zugewandt, hat deren Akte vor sich und macht dort Notizen. Er hört aufmerksam zu, fragt nach und führt bei fast bei allen Patienten eine Puls- und Zungendiagnose durch. Falls es sich um neue Patienten in der Sprechstunde handelt oder er eine Medikation überdenkt, nimmt er die für Kampô typische Bauchuntersuchung vor.

Der Untersuchungsgang bei neu aufgenommenen Patienten läuft standardisiert ab. Prof. C erfasst kurz die Symptome aufgrund eines von den Patienten vorher ausgefüllten Fragebogens und stellt ggf. Nachfragen. Zur Anamnese gehören auch Fragen nach Stuhlgewohnheiten und bei Frauen nach Schmerzen während der Periode. Nach der Zungen- und Pulsdiagnose wird das Gewicht und die Größe des Patienten bestimmt und notiert. Danach erfolgt die Bauchuntersuchung.

Nach der Untersuchung erfolgt die Verordnung der Kampô-Präparate und eine kurze Erklärung der Therapie. Zum größten Teil werden Granulat-Präparate verordnet und nur wenige Patienten erhalten eine Rezeptur für Dekokte.

Ein Untersuchungsgang dauert etwa drei bis fünf Minuten für bereits bekannte Patienten und max. 15 Minuten für Neuaufnahmen in der Klinik.

#### **8.2.4 Konventionelle Klinik**

Hier handelt es sich um ein großes städtisches Krankenhaus in Tokio. Unter anderem wird eine internistische Sprechstunde angeboten. Besucht wird die Klinik von vielen Menschen aus der Umgebung.

Der Wartebereich ist mit zehn Reihen Bänken ausgestattet. An der Front befindet ein großer Flatscreen-TV, an dem das normale TV-Programm ausgestrahlt wird. Da der Ton relativ leise ist, können nur die Patienten in den ersten Reihen etwas von der Sendung verstehen. Jedoch

werden in Japan üblicherweise die Programme untertitelt, so dass auch Patienten der hinteren Reihen die Sendung verfolgen können. Einer der Leiter des Krankenhauses, Dr. D, ist auf Diabetologie spezialisiert und bietet hier ebenfalls seine Sprechstunde an. Er vermutet bei einem Gespräch, dass es seitens der Patienten wenig Interesse für eine Kampô-Behandlung gibt. Dr. D selbst und auch die anderen Ärzte der Abteilung haben keine speziellen Kenntnisse über Kampô und verordnen es allenfalls in Kombination zur konventionellen Behandlung.

Die Wartezeit in der Klinik ist relativ lang (20 Minuten bis drei Stunden). Der Untersuchungsbereich hat vier Kabinen mit einer Größe von ca. 6 m<sup>2</sup>, die jeweils mit einer Liege, einem Schreibtisch mit Computer und zwei bis drei Stühlen für den Arzt, Patienten und ggf. Angehörige ausgestattet sind. Die Anamnese der Symptome fällt relativ kurz aus, es erfolgt ggf. eine Untersuchung des Patienten und danach die Verordnung der Medikamente. Die Anamnese mit Untersuchung dauert zwischen drei Minuten bis max. einer Viertelstunde bei neuen Patienten oder Patienten mit komplizierten Krankheitssymptomen.

### **8.3 Meinungen der Patienten über Kampô**

In einem Freitextfeld konnten Patienten ihre Erfahrungen mit Kampô bzw. ihre Gedanken dazu darlegen. Eine kategorisierende Auswertung war bei den sehr unterschiedlichen Aussagen nicht möglich, es sollen aber hier einige der prägnantesten als Zitate für sich selbst sprechen. Bemerkenswert war, dass es in allen Kliniken begeisterte aber auch kritische Kommentare zu Kampô gab.

#### **8.3.1 Kampô/CM-Klinik**

„Kampô-Medikamente haben keine schnelle Wirkung, sondern brauchen Zeit, und sie haben kaum Nebenwirkungen. Jedoch ist die Menge der einzunehmenden Medikamente ziemlich groß, und sie sind sehr bitter. Ich hoffe daher, dass es eines Tages Dekokte gibt, die man ähnlich einfach wie japanischen grünen Tee zubereiten könnte.“

„Ich nehme Dekokte ein. Ich finde, das Gute an Kampô ist, dass es an die körperliche Konstitution angepasst wird und behutsam den Körper reguliert.“

„Die Dekokte ergeben auf den Tag gerechnet eine sehr große Menge. Ich fände es gut, wenn es sie in Teepackung-ähnlicher Form gäbe. Weiterhin gibt nur sehr wenige Ärzte, die (adäquat zu den Symptomen und der Konstitution Kampô-Medikamente) verschreiben.“

„Ich denke zwar, dass Kampô bei chronischen Erkrankungen helfen kann. Jedoch ist es irgendwie schwierig, darüber mal eben so an Informationen zu kommen.“

„Kampô-Medikamente wirken sanft und haben nur wenige Nebenwirkungen. Ich finde es gut, dass sie zu dem Symptomen des einzelnen passend verschrieben werden. Konventionelle Medizin hat, auch wenn sie eine Krankheit heilt, Nebenwirkungen, so dass sie neue Erkrankungen produziert. Aber es gibt Fälle, z.B. bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen, wo die konventionelle Medizin durchaus besser ist.“

„Wenn man eine Therapie braucht, gibt es nur wenige Ärzte/Institutionen, die über Kampô-Therapie Bescheid wissen. Außerdem, wenn ich darüber berichte, dass ich eine Kampô-Therapie bekomme, gibt es zwar Ärzte, die Verständnis zeigen, aber oft wird es ignoriert. Ich wünschte, mehr Ärzte/ Institutionen zögen eine Kampô-Therapie in Betracht.“

„Ich brauche mir keine Sorgen zu machen, weil auch, wenn ich Kampô langfristig einnehme, keine Nebenwirkungen auftreten und keine Unverträglichkeiten (mit anderen Medikamenten).“

### **8.3.2 Integrative Klinik**

„Wenn man Kampô-Medikamente über einen langen Zeitraum hin einnimmt, verändert sich die körperliche Konstitution. Ich habe das Gefühl, dass der Körper im Endeffekt stärker wird.“

„Bei Kampô wird der Körper nicht in Teilen, sondern als Ganzes gesehen. Außerdem heilt es nicht sofort, sondern benötigt seine Zeit. Vor allem in Bezug auf die Nebenwirkungen hat Kampô Vorteile, insbesondere als präventive Medizin finde ich es unheimlich gut.“

„Der Geruch und Geschmack von Kampô sind sehr eigen, und es fällt schwer, die Medikamente einzunehmen. Daher ist es vielleicht eher schwierig, die Therapie fortzusetzen.“

„Das Wissen über Kampô ist mittlerweile allgemein verbreitet. Ich finde, die Menschen, die eine Therapie benötigen, sollten selber entscheiden können, ob sie konventionelle Medizin oder Kampô anwenden wollen oder eine Kombinationstherapie bevorzugen.“

„Ich denke, dass es allein mit konventioneller Medizin nicht getan ist. Je nach Einschätzung des Arztes sollte bei Erkrankungen, die Kampô erfordern, Kampô verordnet werden.“

„Ich möchte gerne die Ursache für meine schlechte körperliche Verfassung und die Inhalte der Therapie (den Wirkungsmechanismus der Kampô-Medikamente etc.) genauer erklärt bekommen. Wie lange muss ich diese Medikamente einnehmen? Das würde ich gerne erklärt bekommen.“

„Der Einfluss des Fernsehens ist groß (Gesundheitssendungen).“

„Ich denke, dass (durch Kampô) das Blut besser fließt. Durch diesen verbesserten Blutfluss wird der ganze Körper gesund. Bei Kampô braucht man sich keine Sorgen über Nebenwirkungen zu machen, deswegen fühle ich mich sicher.“

„Ich weiß nichts über Kampô, deswegen kann ich nichts dazu sagen. Ich bin daher unbefangen und denke, man sollte (in die Therapie) sowohl die guten Seiten von konventioneller Medizin als auch von Kampô einbeziehen. Für mich haben die beiden das Image: konventionelle Medizin – Chirurgie, Kampô – Innere Medizin (etwa in dem Sinne: Asiatische Medizin heilt, ohne zu schneiden).“

„Ich möchte zu gerne wissen, ob die Kampô-Medikamente, die ich hier erhalte, wirken oder nicht. Weiterhin, wie lange ich sie weiter einnehmen muss, bis sie Wirkung zeigen.“

„Ich habe noch nie richtig über Kampô nachgedacht. Was ich hier am meisten hier schätze, ist, dass ich mit dem Arzt ungezwungen über alle Probleme reden kann. Ich denke, was mir der Arzt verschreibt, ist gut und wirksam. Mir helfen Kampô-Medikamente und ich finde sie gut.“

„Seit langem hält meine Migräne täglich an. Ich habe alle möglichen Medikamente (konventionelle, Kampô und beides in Kombination) eingenommen, aber bisher ohne Wirkung. Zur Zeit verwende ich eine Kombination. Man sollte bei Erkrankungen nicht nur in eine medizinische Richtung gehen, sondern bei der Therapie die jeweils verheißungsvollen Aspekte der medizinischen Richtung kombinieren. Ich hoffe, dass in Zukunft der Austausch des medizinischen Wissens unter den Ärzten noch mehr vorangetrieben wird.“

„Es wäre gut, wenn es Kampô-Medikamente in gepresster oder verkapselter Form gäbe. Sie wären kompakter und leichter einzunehmen. Vor allem bei frühen Symptomen einer Erkältung hilft Kampô viel besser.“

### **8.3.3 Kampô-Klinik**

„Kliniken, an denen man Dekokte erhält, sind sehr teuer (500–900 Yen/d). Kliniken, für die die Versicherung bezahlt, sind nicht teuer. Das wird wohl einen Grund haben, aber ist die Differenz nicht ein wenig zu groß? Von den Ärzten dieser beiden Gruppen, die ich genannt habe, gibt es überhaupt keine Informationen über die Wirksamkeit [von Kampô] in den Massenmedien bzw. in Büchern.“

„Ich war früher mal in einem anderen Krankenhaus und habe dort Dekokte verordnet bekommen und über drei Monate eingenommen. Diese schmeckten grässlich, und außerdem hatten sie keinen Effekt, deswegen habe ich damit aufgehört. Seit zehn Jahren komme ich nun zu Ihnen [dem behandelnden Arzt] und nehme Dekokte ein. Die Medizin schmeckt

schrecklich, aber das ist gut so. Auch wenn ich sie aufkochen muss, denke ich nicht, dass das lästig ist. Nur ist mir immer noch unklar, in welchem Ausmaß eine Wirkung auftritt.“

„Ich wollte eigentlich wegen meines Heuschnupfens eine Kampô-Therapie beginnen. Dann wurde aber in der HNO-Abteilung dieses Krankenhauses eine leichte Entzündung der Nebenhöhlen festgestellt. Diese wurde mit konventioneller Medizin behandelt. Im Jahr darauf besserte sich mein Heuschnupfen, daher war ich sehr erleichtert. Ich finde, dass konventionelle Medizin und Kampô je nach ihrer Wirksamkeit eingesetzt werden und nicht einander ablehnen sollten. Jedem Patienten sollte es selbst überlassen werden, welcher Therapie er sich zeitlich und von seiner Kraft her unterziehen möchte, und die Belastung sollte dabei so gering wie möglich gehalten werden.“

„Ich kann nun an die Kraft von Kampô glauben wegen meiner Erfahrung, dass ein Bekannter aus der Nachbarschaft, der an Rheumatismus litt, sozusagen vor meinen Augen durch Kampô geheilt wurde. Er hat Dekokte hergestellt und fortgesetzt eingenommen und auch die Nebenwirkungen überstanden.“

„Man kann keinen schnellen Effekt erwarten. Wenn das Yin und Yang nicht stimmt, dann darf man gar keinen Effekt erwarten, auch wenn man es einige Monate einnimmt. Ich hatte das Gefühl, dass abhängig vom Produktionsort der Rohdrogen (und der Firma) die Wirkung unterschiedlich ausfällt. Bei mir ist der Eindruck entstanden, dass die preisgünstigen Medikamente nur wenig Effekt erzielen können. Dekokte haben eine viel stärkere Wirkung. Nur kann das bei Leuten, die arbeiten oder einen speziellen Lebensstil pflegen, problematisch sein. Daher sollten neue Extrakte mit noch besserer Wirkung als jetzt hergestellt werden.“

„Es macht den Eindruck, als ob es (Kampô) keine akute Wirkung hätte, aber es stärkt die natürliche Selbstheilungskraft.“

### **8.3.4 Konventionelle Klinik**

„Es braucht etwas Zeit, bis ein Effekt auftritt, aber dafür ist es [Kampô] sanft zum Organismus. Es unterstützt die Selbstheilungskräfte des Menschen und ist ein ideales Mittel zur Schmerzlinderung. Ich glaube an die natürliche Heilkraft.“

„Kampô nimmt man nicht ein, wenn man bereits krank geworden ist, sondern schon vorher, um gar nicht erst krank zu werden.“

„Ich habe eine Weile in Korea gelebt, die Leute dort nehmen Kampô ganz alltäglich ein. In Japan war ich das nicht gewohnt und verspürte einen Widerwillen, als es mir angeboten wurde. Auch weil es vom Aussehen und Geruch her ganz fürchterlich zu schmecken schien. Es scheint mir, dass es in Japan keine Kampô-Einrichtungen gibt, an die man sich ganz

ungezwungen wenden könnte. Orte, an denen man sich Kampô verschreiben lassen könnte, scheinen mir nahezu unbekannt. Es wäre gut, wenn es irgendwelche Orte, Institutionen gäbe, an die man sich ungezwungener (zur Beratung) wenden könnte. (Ich habe bisher immer noch den Eindruck, dass die vorhandenen Orte ganz zwielichtige Läden sind).“

„Ärzte, die Kampô-Medikamente einsetzen, sollten besser ausgewiesen werden. Ich möchte es auch mehr angeboten bekommen.“

„Ich habe früher wegen ausbleibender Periode gynäkologische Medikamente erhalten, musste aber die Therapie wegen starker Nebenwirkungen abbrechen. Es waren Mittel aus der konventionellen Medizin, die auf Biegen und Brechen den Zyklus herbeiführen sollten. Bei der Einnahme fühlte ich mich ausgesprochen unwohl. Mit Kampô tritt der Effekt zwar langsam ein, dafür wird die Heilung vom ganzen Körper herbeigeführt, und ich fühle mich viel besser aufgehoben.“

„Ich kenne den Unterschied zwischen Kampô und konventioneller Medizin nicht so recht. So lange der Gesundheitszustand besser wird, ist es mir egal, ob ich Kampô oder westliche Medizin einnehme.“

„Ich nehme schon seit langem Kampô-Präparate. Es (Kampô) passt sehr gut zu mir.“

„Auf Empfehlung eines Bekannten habe ich diesmal Kampô eingenommen. Sonst wäre ich wohl kaum damit in Berührung gekommen. Manchmal hat man keine eindeutige Erkrankung im Sinne der westlichen Medizin und fühlt sich nur auf diffuse Weise unwohl. Allein durch das Gespräch mit einem Arzt wird es häufig schon wieder besser. Kampô hat zwar keine akute Wirkung, aber sie packt die Krankheit beim *ki* (Die Erkrankung entsteht aus dem *ki* „*byô ha ki kara*“). Ich habe die Erfahrung gemacht, dass, wenn man Kampô einnimmt, es irgendwie hilft. Und wenn man es immer weiter einnimmt, hilft es immer besser.“

„Kampô-Medizin macht keine Fortschritte wie die konventionelle Medizin. In einer Zeit, in der AIDS oder andere neue Erkrankungen hervorstechen, kommt Kampô zu spät.“

## 8.4 Präferenzen bei der Therapie

Tabelle 18: Präferenzen bei der Therapie

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken n (%)	Kampô/CM n (%)	Integrativ n (%)	Kampô n (%)	Konventionell n (%)	p-Wert*	sign. Unter- schiede zw. Kliniken**
<b>Schulterverspannung</b>						<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	22 (4,9)	2 (2,4)	8 (6,6)	1 (0,9)	11 (8,7)		
Kampô	159 (35,3)	39 (45,9)	41 (33,6)	56 (48,3)	23 (18,1)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	119 (26,4)	26 (30,6)	34 (27,9)	34 (29,3)	25 (19,7)		
Weiß ich nicht	150 (33,3)	18 (21,2)	39 (32,0)	25 (21,6)	68 (53,5)		
<b>Rückenschmerzen</b>						<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	39 (8,8)	5 (5,9)	13 (11,0)	7 (6,1)	14 (11,1)		
Kampô	93 (21,0)	25 (29,4)	19 (16,1)	36 (31,6)	13 (10,3)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	151 (34,1)	34 (40,0)	44 (37,3)	44 (38,6)	29 (23,0)		
Weiß ich nicht	160 (36,1)	21 (24,7)	42 (35,6)	27 (23,7)	70 (55,6)		
<b>Muskuläre Erkrankung</b>						<0,001	1/2, 1/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	44 (10,0)	2 (2,3)	16 (13,4)	8 (7,3)	18 (14,4)		
Kampô	71 (16,2)	18 (20,9)	15 (12,6)	26 (23,9)	12 (9,6)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	145 (33,0)	40 (46,5)	38 (31,9)	39 (35,8)	28 (22,4)		
Weiß ich nicht	179 (40,8)	26 (30,2)	50 (42,0)	36 (33,0)	67 (53,6)		
<b>Rheumatische Erkrankung</b>						0	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	41 (9,4)	4 (4,8)	11 (9,3)	8 (7,3)	18 (14,5)		
Kampô	68 (15,6)	14 (16,7)	21 (17,8)	23 (20,9)	10 (8,1)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	139 (31,9)	36 (42,9)	36 (30,5)	39 (35,5)	28 (22,6)		
Weiß ich nicht	188 (43,1)	30 (35,7)	50 (42,4)	40 (36,4)	68 (54,8)		

<b>Erkrankung/Symptom</b>	<b>Alle Kliniken</b> n (%)	<b>Kampô/CM</b> n (%)	<b>Integrativ</b> n (%)	<b>Kampô</b> n (%)	<b>Konventionell</b> n (%)	<b>p-Wert*</b>	<b>sign. Unter- schiede zw. Kliniken**</b>
<b>Neuralgie</b>						<0,001	1/2, 1/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	37 (8,6)	2 (2,3)	13 (11,1)	8 (7,5)	14 (11,4)		
Kampô	95 (22,0)	29 (33,7)	18 (15,4)	28 (26,4)	20 (16,3)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	131 (30,3)	32 (37,2)	37 (31,6)	37 (34,9)	25 (20,3)		
Weiß ich nicht	169 (39,1)	23 (26,7)	49 (41,9)	33 (31,1)	64 (52,0)		
<b>Kopfschmerzen/ Migräne</b>						<0,001	1/2, 1/3, 1/4, 2/3, 3/4
Konventionelle Behandlung	67 (15,3)	4 (4,7)	21 (17,6)	19 (17,4)	23 (18,7)		
Kampô	87 (19,9)	26 (30,2)	18 (15,1)	28 (25,7)	15 (12,2)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	135 (30,9)	32 (37,2)	37 (31,1)	39 (35,8)	27 (22,0)		
Weiß ich nicht	148 (33,9)	24 (27,9)	43 (36,1)	23 (21,1)	58 (47,2)		
<b>Allergie</b>						<0,001	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	33 (7,5)	4 (4,8)	12 (10,0)	5 (4,6)	12 (9,4)		
Kampô	140 (31,9)	31 (37,3)	35 (29,2)	42 (38,9)	32 (25,0)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	149 (33,9)	29 (34,9)	47 (39,2)	44 (40,7)	29 (22,7)		
Weiß ich nicht	117 (26,7)	19 (22,9)	26 (21,7)	17 (15,7)	55 (43,0)		
<b>Heuschnupfen</b>						<0,001	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	36 (8,1)	4 (4,8)	11 (9,1)	6 (5,4)	15 (11,7)		
Kampô	130 (29,3)	27 (32,1)	36 (29,8)	37 (33,3)	30 (23,4)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	154 (34,7)	30 (35,7)	45 (37,2)	50 (45,0)	29 (22,7)		
Weiß ich nicht	124 (27,9)	23 (27,4)	29 (24,0)	18 (16,2)	54 (42,2)		
<b>Dermatologische Erkrankungen</b>						<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	64 (14,6)	12 (14,3)	20 (16,9)	9 (5,4)	23 (18,1)		

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken n (%)	Kampô/CM n (%)	Integrativ n (%)	Kampô n (%)	Konventionell n (%)	p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
Kampô	85 (19,4)	14 (16,7)	24 (20,3)	30 (33,3)	17 (13,4)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	148 (33,8)	35 (41,7)	39 (33,1)	48 (45,0)	26 (20,5)		
Weiß ich nicht	141 (32,2)	23 (27,4)	35 (29,7)	22 (16,2)	61 (48,0)		
<b>Überempfindlichkeit gegenüber Kälte</b>						<0,001	1/2, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	11 (2,5)		4 (3,4)	1 (0,9)	6 (4,8)		
Kampô	247 (55,8)	57 (67,1)	61 (51,7)	85 (75,2)	44 (34,9)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	80 (18,1)	16 (18,8)	22 (18,6)	20 (17,7)	22 (17,5)		
Weiß ich nicht	104 (23,5)	12 (14,1)	31 (26,3)	7 (6,2)	54 (42,9)		
<b>Erkältung</b>						<0,001	1/4, 2/3, 3/4
Konventionelle Behandlung	86 (19,5)	10 (11,8)	27 (22,7)	22 (20,2)	27 (21,11)		
Kampô	81 (18,4)	19 (22,4)	17 (14,3)	26 (23,9)	19 (14,8)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	178 (40,4)	39 (45,9)	50 (42,0)	52 (47,7)	37 (28,9)		
Weiß ich nicht	96 (21,8)	17 (20,0)	25 (21,0)	9 (8,3)	45 (35,2)		
<b>Bronchitis</b>						0	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	80 (18,2)	10 (11,8)	29 (24,4)	16 (14,7)	25 (19,7)		
Kampô	49 (11,1)	14 (16,5)	10 (8,4)	15 (13,8)	10 (7,9)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	161 (36,6)	36 (42,4)	44 (37,0)	50 (45,9)	31 (24,4)		
Weiß ich nicht	150 (34,1)	25 (29,4)	36 (30,3)	28 (25,7)	61 (48,0)		
<b>Asthma</b>						0	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	66 (14,9)	9 (10,6)	19 (15,7)	16 (14,8)	22 (17,2)		
Kampô	61 (13,8)	13 (15,3)	14 (11,6)	16 (14,8)	18 (14,1)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	166 (37,6)	37 (43,5)	53 (43,8)	47 (43,5)	29 (22,7)		

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken n (%)	Kampô/CM n (%)	Integrativ n (%)	Kampô n (%)	Konventionell n (%)	p-Wert*	sign. Unterschiede zw. Kliniken**
Weiß ich nicht	149 (33,7)	26 (30,6)	35 (28,9)	29 (26,9)	59 (46,1)	0	2/4, 3/4
<b>Pneumonie</b>							
Konventionelle Behandlung	152 (34,5)	29 (34,1)	47 (39,5)	40 (36,7)	36 (28,3)		
Kampô	18 (4,1)	4 (4,7)	4 (3,4)	6 (5,5)	4 (3,1)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	112 (25,5)	22 (25,9)	31 (26,1)	35 (32,1)	24 (18,9)		
Weiß ich nicht	158 (35,9)	30 (35,3)	37 (31,1)	28 (25,7)	63 (49,6)	0	1/4, 2/4, 3/4
<b>Hoher Blutdruck</b>							
Konventionelle Behandlung	82 (18,6)	15 (17,2)	25 (20,8)	15 (13,8)	27 (21,4)		
Kampô	71 (16,1)	16 (18,4)	16 (13,3)	22 (20,2)	17 (13,5)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	128 (29,0)	27 (31,0)	39 (32,5)	42 (38,5)	20 (15,9)		
Weiß ich nicht	161 (36,4)	29 (33,3)	40 (33,3)	30 (27,5)	62 (49,2)	<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
<b>Niedriger Blutdruck</b>							
Konventionelle Behandlung	61 (13,9)	11 (12,9)	21 (17,6)	7 (6,4)	22 (17,5)		
Kampô	89 (20,3)	17 (20,0)	21 (17,6)	33 (30,3)	18 (14,3)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	116 (26,4)	28 (32,9)	35 (29,4)	34 (31,2)	19 (15,1)		
Weiß ich nicht	173 (39,4)	29 (34,1)	42 (35,3)	35 (32,1)	67 (53,2)	0	1/4, 2/4, 3/4
<b>Anämie</b>							
Konventionelle Behandlung	56 (12,9)	10 (11,9)	16 (13,7)	11 (10,3)	19 (15,1)		
Kampô	94 (21,7)	18 (21,4)	20 (17,1)	32 (29,9)	24 (19,0)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	122 (28,1)	28 (33,3)	39 (33,3)	34 (31,8)	21 (16,7)		
Weiß ich nicht	162 (37,3)	28 (33,3)	42 (35,9)	30 (28,0)	62 (49,2)	<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
<b>Gynäkologische Erkrankungen</b>							
Konventionelle Behandlung	31 (7,2)	7 (8,3)	12 (10,0)	2 (1,8)	10 (8,5)		

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken n (%)	Kampô/CM n (%)	Integrativ n (%)	Kampô n (%)	Konventionell n (%)	p-Wert*	sign. Unter- schiede zw. Kliniken**
Kampô	102 (23,7)	24 (28,6)	30 (25,0)	32 (29,4)	16 (13,6)	0	1/4, 2/4, 3/4
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	143 (33,2)	28 (33,3)	39 (32,5)	49 (45,0)	27 (22,9)		
Weiß ich nicht	155 (36,0)	25 (29,8)	39 (32,5)	26 (23,9)	65 (55,1)		
<b>Blasenentzündung</b>						0	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	96 (21,7)	14 (16,3)	30 (25,0)	19 (17,1)	33 (26,2)		
Kampô	44 (9,9)	12 (14,0)	12 (10,0)	15 (13,5)	5 (4,0)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	118 (26,6)	28 (32,6)	34 (28,3)	36 (32,4)	20 (15,9)		
Weiß ich nicht	185 (41,8)	32 (37,2)	44 (36,7)	41 (36,9)	68 (54,0)	0	3/4
<b>Übergewicht</b>							
Konventionelle Behandlung	22 (5,0)	4 (4,7)	4 (3,3)	2 (1,9)	12 (9,5)		
Kampô	121 (27,7)	22 (25,9)	35 (29,2)	35 (33,0)	29 (23,0)	0	3/4
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	110 (25,2)	24 (28,2)	35 (29,2)	29 (27,4)	22 (17,5)		
Weiß ich nicht	184 (42,1)	35 (41,2)	46 (38,3)	40 (37,7)	63 (50,0)		
<b>Diabetes</b>						0	3/4
Konventionelle Behandlung	81 (18,4)	17 (19,5)	22 (18,5)	15 (13,8)	27 (9,5)		
Kampô	48 (10,9)	10 (11,5)	10 (8,4)	14 (12,8)	14 (23,0)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	146 (33,1)	30 (34,5)	44 (37,0)	45 (41,3)	27 (17,5)		
Weiß ich nicht	166 (37,6)	30 (34,5)	43 (36,1)	35 (32,1)	58 (50,0)	<0,001	1/4, 2/4, 3/4
<b>Nierenerkrankung</b>							
Konventionelle Behandlung	82 (18,8)	13 (15,5)	25 (21,7)	14 (12,7)	30 (23,6)		
Kampô	40 (9,2)	11 (13,1)	7 (6,1)	14 (12,7)	8 (6,3)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	135 (31,0)	29 (34,5)	40 (34,8)	47 (42,7)	19 (15,0)		
Weiß ich nicht	179 (41,1)	31 (36,9)	43 (37,4)	35 (31,8)	70 (55,1)		

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken n (%)	Kampô/CM n (%)	Integrativ n (%)	Kampô n (%)	Konventionell n (%)	p-Wert*	sign. Unter- schie- de zw. Kliniken**
<b>Krebs</b>						0	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	120 (27,4)	24 (27,9)	33 (28,0)	26 (24,3)	37 (29,1)		
Kampô	7 (1,6)	2 (2,3)	2 (1,7)	2 (1,9)	1 (0,8)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	150 (34,2)	34 (39,5)	42 (35,6)	49 (45,8)	25 (19,7)		
Weiß ich nicht	161 (36,8)	26 (30,2)	41 (34,7)	30 (28,0)	64 (50,4)		
<b>Magengeschwür</b>						0	1/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	96 (22,2)	19 (22,9)	31 (26,3)	16 (15,1)	30 (24,0)		
Kampô	37 (8,6)	9 (10,8)	8 (6,8)	12 (11,3)	8 (6,4)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	145 (33,6)	32 (38,6)	39 (33,1)	45 (42,5)	29 (23,2)		
Weiß ich nicht	154 (35,6)	23 (27,7)	40 (33,9)	33 (31,1)	58 (46,4)		
<b>Magen- und Darmbeschwerden</b>						<0,001	1/3, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	30 (6,8)	3 (3,4)	10 (8,3)	3 (2,7)	14 (11,5)		
Kampô	151 (34,4)	26 (29,9)	36 (30,0)	53 (48,2)	36 (29,5)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	148 (33,7)	37 (42,5)	45 (37,5)	42 (38,2)	24 (19,7)		
Weiß ich nicht	109 (24,8)	20 (23,0)	29 (24,2)	12 (10,9)	48 (39,3)		
<b>Stress/ Angsterkrankung</b>						<0,001	1/4, 2/3, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	17 (3,8)		6 (5,0)	1 (0,9)	10 (7,9)		
Kampô	141 (31,6)	30 (34,5)	33 (27,3)	46 (41,1)	32 (25,4)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	162 (36,3)	38 (43,7)	48 (39,7)	50 (44,6)	26 (20,6)		
Weiß ich nicht	126 (28,3)	19 (21,8)	34 (28,1)	15 (13,4)	58 (46,0)		
<b>Depression</b>						0	1/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	39 (8,9)	5 (5,9)	11 (9,2)	7 (6,5)	16 (12,7)		
Kampô	60 (13,7)	11 (12,9)	16 (13,3)	20 (18,5)	13 (10,3)		

Erkrankung/Symptom	Alle Kliniken n (%)	Kampô/CM n (%)	Integrativ n (%)	Kampô n (%)	Konventionell n (%)	p-Wert*	sign. Unter- schiede zw. Kliniken**
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	163 (37,1)	36 (42,4)	45 (37,5)	52 (48,1)	30 (23,8)	0	1/4, 3/4
Weiß ich nicht	177 (40,3)	33 (38,8)	48 (40,0)	29 (26,9)	67 (53,2)		
<b>Sucht (Alkohol/ Drogen/ andere)</b>						<0,001	1/4, 2/4, 3/4
Konventionelle Behandlung	49 (11,3)	6 (7,1)	12 (10,2)	10 (9,5)	21 (16,8)		
Kampô	38 (8,8)	5 (5,9)	9 (7,6)	17 (16,2)	7 (5,6)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	117 (27,0)	29 (34,1)	32 (27,1)	33 (31,4)	23 (18,4)		
Weiß ich nicht	229 (52,9)	45 (52,9)	65 (55,1)	45 (42,9)	74 (59,2)		
<b>Schlafstörungen</b>							
Konventionelle Behandlung	32 (7,3)	3 (3,5)	9 (7,5)	8 (7,3)	12 (9,6)		
Kampô	122 (27,7)	29 (33,7)	31 (25,8)	37 (33,6)	25 (20,0)		
Kombination konventioneller Therapie mit Kampô	141 (32,0)	29 (33,7)	46 (38,3)	41 (37,3)	25 (20,0)		
Weiß ich nicht	146 (33,1)	25 (29,1)	34 (28,3)	24 (21,8)	63 (50,4)		

sign.: signifikant

\*p-Wert für Vergleich aller vier Gruppen, \*\* Kliniknummerierung: 1: Kampô/CM, 2: Integrativ, 3: Kampô, 4: Konventionelle Medizin

## Abkürzungsverzeichnis

Kürzel	Abkürzung für	Erklärung
CAM	Complementary and Alternative Medicine	Komplementär- und alternativmedizinische Therapien als Behandlungen, die zusätzlich („komplementär“) oder „alternativ“ zu einer konventionellen Therapie durchgeführt werden.
CM	Chinesische Medizin	Chinesische Heilkunde, deren Wurzeln mindestens 2000 Jahre zurück liegen. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen die Gesamtheit des Körpers und dessen energetische Harmonie. In der CM werden u. a. Behandlungsmethoden wie Akupunktur mit Moxibustion, Qi Gong, Ernährungstherapie und chinesische Arzneimittel eingesetzt.
EBM	Evidenzbasierte Medizin	Eine Richtung in der Medizin, die verlangt, dass bei jeder medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden.
ICD-10	International Classification of Diseases	Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche: 1. Verschlüsselung von Todesursachen: ICD-10-WHO 2. Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung: ICD-10-GM.
OTC-Kampô	Over-the-counter-Kampô	In Apotheke oder Drogeriemarkt käufliche Kampô-Präparate.

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Rezeptur von kakkontô nach Eberhard, 2003</i> .....	15
<i>Tabelle 2: Komplementärmedizinische Behandlung in Japan (nach Suzuki, 2004a)</i> .....	16
<i>Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Studienpopulation</i> .....	29
<i>Tabelle 4: Arbeitsdemographische Daten der Studienpopulation</i> .....	30
<i>Tabelle 5: Vergleich der Anwender und der Nicht-Anwender von Kampô</i> .....	33
<i>Tabelle 6: Assoziation soziodemographischer Faktoren mit der Anwendung von Kampô</i> .....	34
<i>Tabelle 7: Art der schweren Erkrankung in den letzten fünf Jahren</i> .....	35
<i>Tabelle 8: Art der chronischen Erkrankung</i> .....	36
<i>Tabelle 9: Art der aktuellen Erkrankung bzw. Symptome</i> .....	37
<i>Tabelle 10: Art der üblicherweise aufgesuchten Behandlung</i> .....	38
<i>Tabelle 11: Ansichten über Gesundheit und Verhalten im alltäglichen Leben</i> .....	40
<i>Tabelle 12: Maßnahmen der Patienten zur Prävention von Erkrankungen</i> .....	42
<i>Tabelle 13: Einsatz von Kampô-Medikamenten zur Therapie</i> .....	44
<i>Tabelle 14: Ansichten zu Kampô und konventioneller Medizin</i> .....	48
<i>Tabelle 15: Assoziation von Einstellungen und Meinungen mit der Kampô-Anwendung</i> .....	51
<i>Tabelle 16: Gründe für die Nutzung von Kampô</i> .....	56
<i>Tabelle 17: Gründe für die Nicht- Inanspruchnahme von Kampô</i> .....	58
<i>Tabelle 18: Präferenzen bei der Therapie</i> .....	102

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Wohnorte der Studienpopulation</i> .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
<i>Abbildung 2: Grund der Vorstellung in der jeweiligen Klinik</i> .....	39
<i>Abbildung 3: Ort des Erhalts von Kampô-Medikamenten</i> .....	43
<i>Abbildung 4: Selbsteinschätzung des Wissens über Kampô</i> .....	46

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt an erster Stelle meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Claudia Witt. Durch sie wurde dieses Forschungsprojekt initiiert und aktiv gefördert. Von ihr konnte ich jederzeit fachliche Unterstützung, konstruktive Kritik und neue Perspektiven erwarten, wodurch die Dissertation kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Ich danke ihr herzlich dafür, dass sie ihre Erfahrung mit mir geteilt und mich exzellent durch die Dissertation betreut hat. Weiterhin war sie beim Kontaktaufbau zu den Kooperationspartnern und Experten in Japan und Deutschland behilflich. Für ihr tatkräftiges Engagement und ihre vielfältigen Anregungen danke ich ihr sehr.

Für die hervorragende Betreuung und Organisation des Forschungsaufenthaltes in Japan bin ich Herrn Dr. Takashi Seki und Prof. Kenji Watanabe zu außerordentlichem Dank verpflichtet. Mir wurden in ihren Instituten zahlreiche organisatorische und praktische Hilfen geboten. Nicht zuletzt durch sie ist dieses Projekt zu einem erfolgreichen Abschluss gekommen. Weiterhin danke ich den Herren Dr. Yasuo Tannou und Dr. Tatsuo Yanagawa für die Unterstützung bei zahlreichen Gelegenheiten und für ihre Bereitschaft, ihre Kliniken für das Survey zu öffnen. Ein ganz besonderer Dank gebührt ebenso den Herren Prof. Hirohiko Azuma, Prof. Hisataka Moriwaki, Dr. Tomohiro Kato und Dr. Hiroshi Araki, die mich seit der Zeit meiner ärztlichen Tätigkeit in Japan immer wieder gefördert und unterstützt haben, so auch während dieser Forschungsarbeiten.

Zweifelsohne haben auch die monatlichen Forschungskolloquien mit den Kollegen und assoziierten Mitarbeitern des Institutes für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité, Berlin mich mit immer neuen Denkanstößen zum Gelingen der vorliegenden Arbeit bereichert. Für diese kollegiale und kreative Atmosphäre geht mein besonderer Dank an die Wissenschaftler Dr. Angelina Bockelbrinck und Daniel Pach sowie alle Mitarbeiter des Institutes, namentlich Iris Bartsch und Katja Wruck.

Kiyomi Ikenaga danke ich für die Unterstützung bei der Übersetzung. Ohne ihre Hilfe bei der Erstellung des Fragebogens wäre diese Forschungsarbeit wohl kaum vorstellbar. Weiterhin danke ich ihr für ihre wertvollen Hinweise zur Entzifferung der handschriftlichen Vermerke der Patienten. Henrika Hoehne danke ich für die wertvolle Hilfe bei der Gestaltung der japanischen Landkarte. Florence Deppe danke ich für die vielen hilfreichen Tipps zur Formatierung von Word und Excel.

Für die finanziellen und nichtfinanziellen Ressourcen, die die Durchführung dieser Doktorarbeit ermöglicht haben, bedanke ich mich beim DAAD und den Mitarbeitern des DAAD-Büros in Tokio. In diesem Rahmen bedanke ich mich auch herzlich bei Prof. Dr. Büchsel, der durch seine Unterstützung die Einwerbung des Stipendiums ermöglicht hat.

Im Besonderen spreche ich meinen Eltern meinen herzlichsten Dank dafür aus, dass sie meine persönliche Entwicklung und Ausbildung gefördert haben. Sie haben mir in vieler Hinsicht auch durch ihre tatkräftige Unterstützung bei der Betreuung meiner Kinder geholfen, diese Dissertation gelingen zu lassen. Dieser Dank gilt auch meinen Schwiegereltern und Schwägerinnen. Meiner Tante Gerlinde Stang danke ich für ihre Kritik und die unermüdlichen Korrekturen.

Zuletzt danke ich meinem Mann, Friedemann Hottenbacher, der mich in die japanische Sprache und Kultur eingeführt hat. Er hat diese Arbeit mit großem Interesse verfolgt und mich jederzeit in praktischer Hinsicht unterstützt. Ohne ihn wäre der Aufenthalt in Japan kaum möglich geworden. Dafür bin ich ihm unendlich dankbar.

## **Erklärung**

Ich, Lydia Hottenbacher, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Nutzung von Kampô in Japan“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Datum: 10.1.2011

Unterschrift

## **Curriculum Vitae**

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.